POLICLINICO MILITARE DI ROMA

LA PREVENZIONE DELLO STATO DEPRESSIVO E DELL'INVOLUZIONE SENILE

NEL PERSONALE MILITARE DI CARRIERA DOPO LA COLLOCAZIONE IN CONGEDO

RIVISTA MILITARE

RIVISTA MILITARE

Direttore responsabile:
Giovanni Cerbo

© 1997
Proprietà letteraria artistica
e scientifica riservata

Pubblicazione curata da:
Ferdinando Schettino

POLICLINICO MILITARE DI ROMA

LA PREVENZIONE DELLO STATO DEPRESSIVO E DELL'INVOLUZIONE SENILE

NEL PERSONALE MILITARE DI CARRIERA DOPO LA COLLOCAZIONE IN CONGEDO

di
Michele DONVITO
Marco CANNAVICCI
Vincenzo BARRETTA
Cesare PASSERI

RIVISTA MILITARE

PRESENTAZIONE

Indubbiamente, qualsiasi repentino distacco dal proprio "modus vivendi" comporta un inevitabile riadattamento dello stile di vita che, solo se "psicologicamente preparati", si è in grado di affrontare e controllare.

Allorquando questo passaggio non si concreta in una situazione potenzialmente "ricca" di nuove aspettative che possano fungere da incentivo per adattarsi al cambiamento, ma porta a quella che comunemente – e per certi aspetti riduttivamente – è denominata fase della terza età, i rischi di una "pseudo involuzione della personalità" divengono molto alti.

Gli autori di questo libro, sensibili proprio a questo delicatissimo momento della vita di un uomo, ne hanno fatto oggetto di indagine ed approfondito studio, esaminando con particolare attenzione la fase del collocamento in congedo del personale militare.

Una delle suggestive frasi che si incontrano scorrendo le pagine del libro ***"imparare ad invecchiare si impara mentre si invecchia"*** *suggella il concetto della* ***"prevenzione dello stato depressivo e dell'involuzione senile"****, che costituisce il filo conduttore da cui prendono vita i vari suggerimenti e consigli che via via vengono espressi.*

Gli autori, infatti, supportati peraltro dall'esperienza di chi ha già vissuto il passaggio di status, sottolineano quanto sia importante imparare a controllare – attraverso l'adozione di un comportamento sempre aperto e adattabile alle situazioni difficili e nuove – il proprio stato socio-psicologico.

In sostanza, è necessario – oggi – aumentare le attività, le iniziative e variegare i propri interessi per riservarsi – domani – nuovi spazi vitali ove sentirsi ancora parte attiva.

In tal modo la contromisura adottata ci permetterà sia di gestire al meglio quella libertà che, improvvisamente guadagnata, paradossalmente potrebbe ritor-

cersi contro come fonte di insicurezze, sia di scongiurare il pericolo di una definitiva estromissione da qualsiasi attività intrapresa nella comunità in cui si vive.

In tal senso, allora, al libro si deve anche riconoscere il grande merito di assolvere l'importante funzione sociale di costituire un valido e prezioso sussidio e punto di riferimento – soprattutto per i non addetti ai lavori – che consente di imparare a capire la necessità di dover interpretare ***in positivo*** *il difficile passaggio e non guardare al passato con il rimpianto di non contare più nulla e di sentirsi inutili.*

Agli autori che in quest'opera hanno profuso massimo impegno personale e grande dedizione va, pertanto, il più sentito ringraziamento della Forza Armata per la qualità e bontà del lavoro svolto.

IL CAPO DI STATO MAGGIORE DELL'ESERCITO
Generale Bonifazio INCISA di CAMERANA

INTRODUZIONE

Il presente lavoro si ripromette di studiare sotto il profilo socio-psicologico, un particolare momento della vita del militare di carriera: il collocamento in quiescenza.

Tale situazione individua infatti un repentino e radicale cambiamento del modello di vita tipico del soggetto durante il servizio attivo.

Da un giorno all'altro vengono meno le responsabilità, gli impegni, le problematiche di lavoro e tutti gli altri coinvolgimenti personali nell'ambito del lavoro.

La inadeguata reazione a questo nuovo "status", è uno dei principali fattori che spesso fa scivolare la condizione di normale avanzamento negli anni verso forme franche di patologia della vecchiaia.

Se è vero, infatti, che alla naturale involuzione delle funzioni, mentali, correlata con l'avanzare dell'età, sono associate alterazioni organiche cerebrali, è pur certo che quest'ultime non costituiscono la sola causa dei deficit intellettivi. È infatti accertato che quest'ultimi sono provocati anche da fattori psicologici in uno con le modificazioni organiche.

Lo studio ed il trattamento della patologia psichiatrica nella cosiddetta terza età non può prescindere, quindi, dalla valutazione dei fattori ambientali e sociali che in associazione a quelli biologici condizionano la posizione esistenziale del "vecchio" e determinano modificazioni delle sue funzioni psichiche e della personalità, nè dallo studio dei meccanismi di adattamento posti in essere di fronte alle mutate condizioni ambientali e somatopsichiche.

Al fine di tracciare i presupposti teorici per una valida azione preventiva nei confronti di siffatti disadattamenti, la prima parte di questo lavoro analizza i fattori che condizionano il fisiologico invecchiamento; nella seconda parte vengono poste in evidenza le modificazioni organiche che si determinano con il progredire dell'età e nella terza parte, infine, vengono riportati i risultati dell'esperienza personale di uno degli Autori che, una volta in quiescenza, ha opportunamente utilizzato l'esperienza professionale acquisita in servizio.

Per quanto sopra detto il lavoro, come è comprensibile, si rivolge non solo a per-

sonale esperto nel settore (psichiatri, psicologi, assistenti sociali), ma anche a quelle figure non sanitarie che tanta responsabilità hanno nel creare una valida rete sociale per il benessere psicologico dell'individuo al di fuori della vita lavorativa.

In una società come l'attuale, sorretta dal mito del più spinto consumismo e quindi della produttività, è indispensabile riappropriarsi delle esperienze che, in altri periodi, trasformavano il vecchio nel saggio cui ricorrere per qualsivoglia consiglio.

Affermazioni siffatte nascono dalla dimostrata possibilità di adeguamento, di ristrutturazione e di rinnovamento della personalità che l'uomo mette in atto di fronte alle mutate condizioni bio-psico-sociali che l'età senile comporta.

Questa disamina non può, ovviamente, esaurire lo specifico studio nè dare risposte definitive su una materia in continuo sviluppo; può però contribuire a far maturare quella coscienza civile di vivere in una comunità, il cui destino dipende da come i comportamenti interagiscono tra di loro. Considerare l'età del pensionamento come un'età in cui dover obbligatoriamente "tirare i remi in barca", è concezione quanto mai superata perchè già il solo pensarlo significa annullare quanto di meglio in ambito esperienziale ed affettivo abbiamo dentro di noi.

IL CAPO DEL CORPO DI SANITÀ DELL'ESERCITO
Ten. Gen. me. Mario DI MARTINO

PARTE PRIMA

del Maggiore Generale medico Michele Donvito,
già Direttore del Policlinico Militare di Roma

CAPITOLO I

PSICOLOGIA E FISIOLOGIA DELLA TERZA ETÀ

ASPETTI PSICOLOGICI DEL CONGEDAMENTO

Nel personale militare di carriera è stato osservato, talvolta, che il fenomeno dell'invecchiamento consegue in modo rapido e brusco alla collocazione in congedo e quindi al pensionamento.

Questa involuzione delle funzioni mentali non è semplicemente un processo caratterizzato da modificazioni fisiche sia dell'organismo che delle funzioni cerebrali, ma è accompagnato anche da modificazioni psicologiche dovute al cambiamento sul modo di vedere il mondo che circonda il militare congedato e quindi sul cambiamento del comportamento individuale.

Questi cambiamenti psicologici e comportamentali, nel personale collocato in congedo, sono raramente di origine esclusivamente biologica, dovuti cioè semplicemente all'invecchiamento. Per la maggior parte dei casi essi prendono origine dal distacco dalle abitudini acquisite con le precedenti esperienze professionali che sono state vissute nel mondo militare e con gli avvenimenti occorsi nell'arco dell'intero ciclo del servizio.

Il contrasto fra il tipo di vita attivo ed impegnato sostenuto precedentemente e le possibili circostanze di vuoto e di inutilità in cui viene a trovarsi il militare, dopo il congedamento, possono favorire il brusco peggioramento e declino di tutte le funzioni psico-fisiche.

Il "problema" dell'invecchiamento è sì un problema di modificazioni fisiologiche, ma è ancora di più un problema di cambiamento di attitudini personali e di tipo di risposte al mondo che circonda il militare di carriera e che improvvisamente, da un giorno all'altro, cambia.

L'invecchiamento è un processo che non ha un inizio definito poichè dura tutta la vita: il comportamento e le esperienze fatte fin dal periodo dell'infanzia, dall'età della giovinezza fino all'età adulta, influenzano l'impatto con il successivo periodo dell'età senile e l'intero corso del processo di invecchiamento.

Quando accade il brusco distacco dalle esperienze e dalle attività specifiche della vita del militare di carriera, questi avverte un crollo nelle sue abitudini, nei suoi punti di riferimento, che divengono incerti, e nelle sue sicurezze che non sono più tali.

Nel campo professionale dei militari di carriera, quindi, avviene che la situazione contingente della vita durante il servizio e la loro naturale capacità di proiettarsi positivamente verso il futuro, sviluppata durante la carriera, influenzano negativamente il modo in cui viene vissuto il congedamento.

Sono proprio le qualità e le particolarità che sono state richieste durante il servizio che ostacolano l'ingresso nella terza età e modificano, alterandolo negativamente, il fisiologico e naturale processo di invecchiamento.

La professione di militare di carriera è un continuo *guardare avanti* verso nuovi incarichi, nuovi gradi e nuove mansioni: tutto questo crea una *forma mentis* che mal si adatta con l'improvviso vuoto di prospettive e di futuro che incombe dopo il congedamento.

Quindi, traendo delle conclusioni e cercando di sintetizzarle, possiamo affermare che:

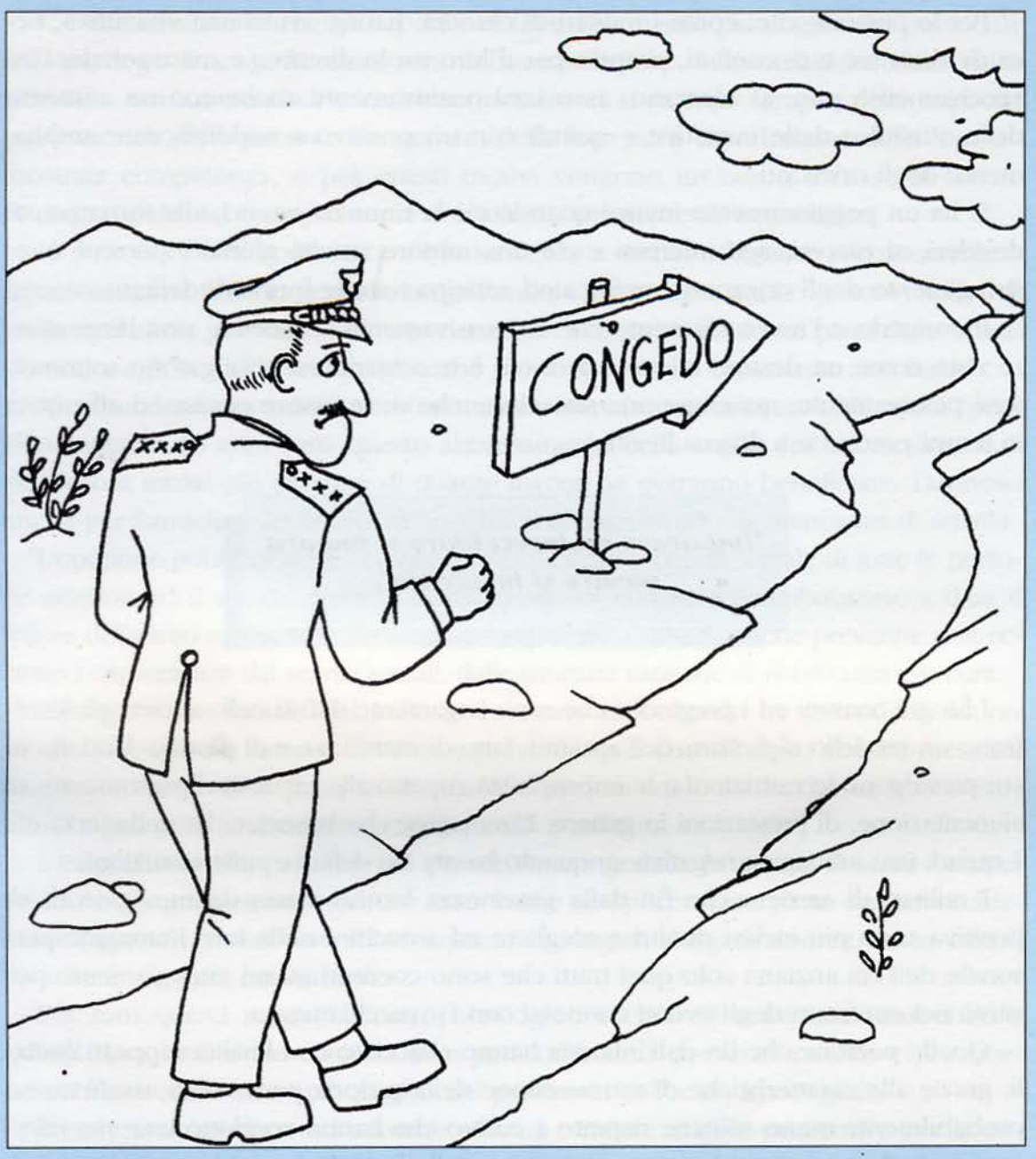
- il comportamento dei militari di carriera nel corso dell'invecchiamento è determinato dalla storia più o meno movimentata ed attiva delle loro vita precedente; invecchiare è un'esperienza differente da militare a militare, da individuo ad individuo, anche per l'impiego operativo che ognuno ha sostenuto durante il servizio;
- il modo in cui si vive l'età avanzata ed il comportamento dopo il congedo sono determinati dalle situazioni familiari, dallo stato finanziario, dall'estensione e dalla natura dei contatti sociali e dalle possibilità di una residua attività lavorativa.

Tutte situazioni che, durante la carriera, con i frequenti e continui trasferimenti, potrebbero non essere state costruite sul territorio sociale, ma solo ed esclusivamente nell'ambito militare, sia per il militare di carriera che per i suoi stessi familiari.

- il comportamento delle persone anziane dopo il congedamento dipende dalla lungimiranza con cui hanno precedentemente effettuato i programmi per il loro futuro, dalle loro paure e dalle aspettative che ne conseguono, dalle speranze e dai desideri. Lungimiranza che dovrebbe prevedere anche la continuità ed il riciclarsi di tutto ciò che si è costruito di personale, dall'ambito militare verso quello sociale, dopo il congedamento.

Abbiamo detto che l'invecchiamento non ha una data di inizio e ciò vuol dire che l'età cronologica non rappresenta di per se una misura dell'invecchiamento: le persone anziane, confrontandole, sono molto diverse tra di loro, anche se sono di età simile. Questo vuol dire che gli anziani presentano una estrema variabilità di prestazioni, sia per quanto riguarda le *performances* fisiche che quelle mentali ed intellettive.

È il modo con cui le persone affrontano mentalmente la realtà di essere divenuti anziani che può indurre e facilitare un loro rapido e progressivo peggioramento verso l'involuzione senile. Soprattutto se i vissuti emotivi interni alla persona sono frustranti e insoddisfacenti.



"La professione di militare di carriera è un continuo guardare avanti, verso nuovi incarichi, nuovi gradi e nuove mansioni: tutto questo crea una forma mentis che mal si adatta con l'improvviso vuoto di futuro che incombe dopo il congedamento".

Per le persone che, come i militari di carriera, hanno avuto una vita attiva, ricca di iniziative e di contatti, proprio per il loro ruolo direttivo e manageriale, l'invecchiamento può, al contrario, associarsi positivamente anche con un aumento delle attività e delle iniziative e quindi con un positivo e soddisfacente ampliamento degli orizzonti.

Si ha un peggioramento invece quando c'è la rinuncia a tutto, alle iniziative, ai desideri, ai piaceri, agli interessi e c'è una minore attività globale, per cui il restringimento degli orizzonti amplifica ed anticipa tutte le forme di deficit.

Il congedo e l'invecchiamento che successivamente si innesca, non deve essere visto come un destino inesorabile a cui è necessario ed obbligatorio sottomettersi passivamente, ma come una situazione che deve essere gestita ed affrontata in tempi precoci e a diversi livelli.

"Imparare ad invecchiare si impara mentre si invecchia".

I luoghi comuni ed i pregiudizi che sono largamente diffusi nella società civile offrono un modello *deficitario* dell'anziano, fatto di mancanze e di perdite. Modello in cui prevalgono le restrizioni e le impossibilità rispetto alle capacità di movimento, di alimentazione, di prestazioni in genere. L'immagine che la società ha della terza età è quindi una immagine negativa, in quanto basata sui deficit e sulle restrizioni.

I militari di carriera che fin dalla giovinezza hanno avuto un'immagine di sè positiva sono più inclini di altri a scegliere ed arricchire nella loro immagine personale dell'età anziana solo quei tratti che sono coerenti ad un atteggiamento positivo nei confronti degli eventi connessi con l'invecchiamento.

Quelle persone che fin dall'infanzia hanno allacciato con facilità rapporti sociali, grazie alle caratteristiche di estroversione della propria personalità, risulteranno probabilmente meno solitarie rispetto a coloro che hanno condotto una vita riservata e che hanno sempre vissuto all'interno della famiglia.

Il consiglio e l'indicazione che scaturiscono da queste considerazioni è quindi di mantenersi mentalmente attivi fino al naturale termine della vita, con una struttura mentalmente positiva, ben disposti e disponibili ad avere contatti sociali, a mantenere una grande adattabilità, a mantenere molta iniziativa ed un positivo ed ottimistico atteggiamento nei confronti delle situazioni difficili.

Questo garantisce il consolidarsi ed il trascinarsi di una immagine positiva dall'età adulta anche nella terza età. Quindi aiuta a combattere la depressione e previene la solitudine.

C'è da sottolineare che gli aspetti dell'invecchiamento patologico del personale militare dopo il congedamento sono influenzati anche dalla situazione economica generale: nei momenti di crescita economica ci si ricorda sempre delle capacità professionali delle persone congedate, della loro ricca esperienza e della loro dimostrata competenza, e per questi motivi vengono invitate a tornare al lavoro reintegrandole, ad esempio come consulenti, nel processo economico.

In periodi di crisi economica c'è la tendenza a mettere da parte precocemente e frettolosamente tutte le persone congedandole anzitempo, anche se sono ricche di un insostituibile patrimonio di esperienze, e di riservare gli scarsi posti di lavoro ai giovani e agli uomini con famiglia, che purtroppo quelle esperienze non hanno.

Alcuni militari di carriera possono trovare inizialmente allettante l'idea del "pensionamento a 55 anni", ma questo abbassamento della soglia dell'età anziana sarà dannoso a molte più persone di quante invece ne potranno beneficiare. Dannoso anche per l'anticipo dei fenomeni involutivi senili, dovuti alla mancanza di attività.

L'opinione pubblica deve comprendere che l'integrazione sociale di tutte le persone anziane ed il mantenimento delle loro attività non solo contribuiscono a dare il valore della loro esperienza alle varie mansioni, ma possono anche prevenire una eccessiva dipendenza dai servizi sociali, dalle strutture sanitarie di riabilitazione e cura.

L'integrazione sociale del militare collocato in congedo ne garantisce sicuramente il benessere fisico e mentale e previene quel decadimento che rappresenta non solo una perdita di capacità umane e professionali, ma anche un costo economico per tutte le strutture sanitarie, civili e militari.

L'invecchiamento precoce nel personale congedato è inevitabilmente caratterizzato da segni degenerativi che non fanno semplicemente parte dell'invecchiamento normale e non dovrebbero essere catalogati, sbrigativamente, come correlati all'età e quindi irreversibili.

Per tutti questi motivi, clinici, psicologici, sociali ed economici andrebbero quindi intraprese delle contromisure per combattere preventivamente e precocemente l'invecchiamento patologico nel personale collocato in congedo.

È necessario studiare ed adottare efficaci e mirate misure preventive per la soluzione delle problematiche di diversa natura emergenti dopo il congedamento.

LA FISIOLOGIA DELLA TERZA ETÀ

Il sonno

Per tutte le persone l'invecchiamento fisiologico è caratterizzato, tra gli altri eventi psicologici e fisici, anche da specifici cambiamenti nel tipo e nella struttura del sonno.

Il sonno, necessariamente e fisiologicamente, si modifica con l'età. Diviene più leggero ed è quindi più frammentato da risvegli notturni che si fanno sempre più prolungati e sempre più frequenti.

Nelle persone anziane in buona salute, vi è una diminuzione del numero medio di ore di sonno giornalmente necessarie al ristoro delle funzioni mentali. Diminuzione nel numero di ore di sonno anche a dispetto della constatazione che il tempo trascorso a letto può globalmente aumentare.

Molte persone che in gioventù dormivano benissimo, con l'andar degli anni fanno sempre più fatica ad addormentarsi la sera o a riaddormentarsi dopo i risvegli notturni, ma questo andamento è fisiologico e non dovrebbe allarmare nè il medico nè la persona stessa.

Le normali modificazioni del sonno che sono correlabili all'invecchiamento fisiologico sono spesso interpretate dalle persone come dei veri disturbi del sonno e chiedono al medico un rimedio, anche farmacologico. Tuttavia in questa fase della vita i veri disturbi del sonno possono derivare da reali situazioni di vita quotidiana che sono in grado di produrre ansia, dalla solitudine, dal dolore fisico cronico sofferto e dalla insoddisfazione generale dello stato morale della persona.

In più, bisogna ricordare che la presenza di incubi non è rara nell'età avanzata e che anche questi eventi notturni non dovrebbero allarmare.

I veri disturbi del sonno, per cui il soggetto dovrebbe chiedere l'intervento del proprio medico di fiducia, possono per la maggior parte dei casi essere di origine organica, dovuti cioè a delle patologie fisiche del corpo che sono frequenti nel corso dell'involuzione senile.

Possono quindi essere associate a situazioni patologiche croniche, fastidiose e dolorose come la malattia polmonare cronica ostruttiva, le sindromi dolorose croniche di tipo artrosico e reumatico, le palpitazioni cardiache e l'angina pectoris notturna, le malattie da iperfunzionamento della tiroide e le reazioni allergiche cutanee, di tipo pruriginoso, avverse ai farmaci.

In media le persone anziane necessitano giornalmente di una minore quantità totale di ore sonno rispetto ai giovani.

Il sonno normale degli anziani, abbiamo detto, è fisiologicamente più leggero rispetto alle età precedenti e quindi ecco spiegati i frequenti risvegli notturni che allarmano le persone in maniera ingiustificata.

In media le persone anziane presentano circa 4 risvegli per notte, ma che non sempre vengono ricordati tutti. Il tempo totale di una notte trascorso in stato di veglia è di circa 15-20 minuti, ma sufficienti a far dire al soggetto "*stanotte non ho dormito*".

Il 30% degli anziani presenta anche delle fasi di apnea durante il sonno, la respirazione, cioè, si interrompe per circa 10 secondi. Possono innescarsi delle aritmie cardiache che rappresentano una complicanza comune in que-

ste situazioni, dette dai medici *sleep apnea syndrome.*

Nel caso si dovessero verificare delle apnee notturne durante il sonno nell'età avanzata, le loro reali implicazioni cliniche richiedono sempre un ulteriore approfondimento diagnostico da parte del medico di base e dello specialista.

La sessualità

L'argomento della sessualità nell'età avanzata è un argomento difficile in quanto la sessualità dell'anziano è stata a lungo circondata da molti pregiudizi e da poche verità.

L'opinione pubblica ed il credo popolare ritiene che la persona anziana sia un essere *asessuato,* che vi sia, cioè, una perdita di interesse nei confronti di tutto ciò che concerne la sessualità, con la comparsa di una forma di impotenza irreversibile per mancanza di libido sessuale.

In più, c'è anche l'opinione, socialmente diffusa nella popolazione, che una persona anziana sessualmente attiva non fosse comunque gradita, proprio perchè il pregiudizio vuole che il sesso sia una prerogativa esclusiva dei giovani e della gioventù.

A tal proposito alcuni dati che sono emersi da recenti ricerche di tipo longitudinale, effettuate cioè con studi prolungati per un lungo periodo di tempo, indicano che l'attività sessuale tende ad essere abbastanza stabile nel corso della mezza età e dell'età avanzata, benchè vi sia comunque un graduale ma lieve declino.

L'attività sessuale è influenzata certamente dallo stato di salute della persona e dalla presenza di un compagno o di una compagna interessata e sessualmente attiva. Ed è per questo che lo stato coniugale dell'anziano diviene un elemento molto importante.

Uno studio recente riporta tuttavia che vi è una consistente minoranza di adulti di 65 anni che mantengono o addirittura aumentano la loro attività sessuale. Purtroppo la maggior parte degli studi considerano come *attività sessuale* solo i rapporti sessuali completi.

Le altre forme di attività di tipo sessuale, come possono essere tutti gli atteggiamenti e tutte le forme che non solo esprimono e manifestano affettuosità, ma anche ricerca del piacere dal contatto fisico, sono spesso ignorate.

L'aumentata sopravvivenza di un maggior numero di coppie integre ed in buona salute fino all'età avanzata, come è la tendenza attuale, determinerà certamente un concomitante aumento del numero di persone anziane con una continuità nella loro vita sessuale.

Le ricerche effettuate negli ultimi 30 anni sull'interesse e l'attività sessuale negli anziani hanno quindi dissipato molti dei pregiudizi esistenti sulla sessualità in età avanzata.

L'interesse e l'attività sessuali sono influenzati non dall'età, ma dallo stato di

salute, dalla funzione sociale e dalla presenza di un partner sessuale.

Il 70% dei maschi rimane sessualmente attivo tra i 65 e i 75 anni. L'attività sessuale femminile è buona anche in percentuale maggiore, ma è influenzata negativamente dalla vedovanza.

La probabilità di continuare ad esprimersi dal punto di vista sessuale in età avanzata è maggiore nelle persone che sono state attive fisicamente e molto attive sessualmente nella loro giovinezza.

Possiamo concludere che l'invecchiamento implica sicuramente dei cambiamenti correlati all'età nel comportamento e nelle funzioni sessuali, ma non l'asessualità.

La personalità

Le possibili definizioni e gli studi effettuati sulla manifestazione dei tratti della personalità nell'invecchiamento sono, da sempre, degli ambiti psicologici molto complessi.

Vi sono stati numerosi tentativi di valutazione dei comportamenti e degli atteggiamenti abituali che la persona mette in atto per la risoluzione dei vari problemi quotidiani, per fronteggiare lo stress. Vi sono stati, inoltre, anche vari studi sulle modalità attitudinali, sulle risposte emozionali e su numerosi altri fattori che sono considerati dei "tratti di personalità", tutto questo senza tuttavia giungere a delle conclusioni univoche.

Il dato più interessante che è stato rilevato negli studi condotti in modo longitudinale, cioè con degli studi prolungati nel tempo, è la stabilità degli indicatori di personalità, che sono stati prescelti per lo studio, con l'avanzare dell'età e delle differenze che vi sono tra i sessi.

Questi studi longitudinali evidenziano che non vi sono variazioni degli atteggiamenti caratteristici della personalità nè con l'età, nè tra gruppi di persone simili, nè dovuti solo al trascorrere del tempo.

Le donne sono, rispetto agli uomini, stabilmente più estroverse, più sottomesse, più sensibili, ma anche più ingenue e maggiormente predisposte a divenire apprensive ed ansiose. La facilità al senso di colpa, ad esempio, tende a diminuire nei maschi ed aumentare nelle femmine.

L'interpretazione dei vari risultati degli studi effettuati non confermano l'aumento della rigidità mentale con l'avanzare dell'età, così come invece vuole quel luogo comune, molto diffuso, sulla "sclerotizzazione" del pensiero nella terza età.

Altri dati che sono scaturiti da questi studi sono stati, ad esempio, che la valutazione dell'atteggiamento dell'anziano nei confronti del tempo presente restava costante con l'andar degli anni, mentre si mostrava una inaspettata tendenza alla positività verso il futuro.

È emerso che la temuta rigidità mentale, la "sclerosi" del pensiero, era influen-

zata non dall'età, ma dalle condizioni socioeconomiche. Quanto minore era il livello socioeconomico della persona considerata, tanto più facilmente le risposte risultavano essere stereotipate e rigide e, quindi, più sintomo di difesa da stress, paure ed incertezze che da involuzione senile.

Le caratteristiche della personalità, possedute fin dall'ingresso nell'età adulta, forniscono quindi un importante contributo al raggiungimento di una vita soddisfacente anche da anziani.

La struttura della personalità, influenzando le varie tappe e le abitudini di vita, gioca un ruolo importante anche nel determinare la durata della vita. Soprattutto nella durata della *qualità* della vita stessa, per cui non è importante *quanto* vivere, bensì *come* vivere.

Possiamo quindi concludere che gli indicatori della personalità tendono ad essere stabili nell'arco di molti anni e che questi non si modificano con l'età.

Le differenze evidenziate, nell'affrontare la terza età, tra i sessi sono la conseguenza dell'interazione di fattori biologici, influenze sociali e preferenze personali.

L'intelligenza

È stato osservato da vari studi che l'invecchiamento normale della persona influenza, modificandoli ed alterandoli rispetto alla norma, i test di intelligenza, la *performance* cognitiva del pensiero e le forme comportamentali.

D'altra parte l'ipotesi tradizionale, formulata all'inizio di questo secolo dallo psicologo francese Binet, con la determinazione del Quoziente Intellettivo, è che l'intelligenza presenti un picco in età giovanile, intorno ai 16 anni. Quindi diminuisca costantemente con il progredire degli anni, ma questa ipotesi è stata ormai abbandonata dalla maggior parte dei ricercatori di psicofisiologia.

I risultati, basati sui dati che emergono da tutti gli studi, sono contraddittori ed offrono quindi il fianco a molte critiche. Tuttavia un riassunto dei più recenti risultati sperimentali, tratti da studi prolungati nel tempo, permette di trarre alcune ragionevoli conclusioni.

Una diminuzione intellettiva, che compare prima dei 50 anni, va considerata comunque patologica ed è quindi anormale. Durante la metà della sesta e settima decade vi è una diminuzione normale di alcune funzioni mentali ed intellettive, ma non di tutte, e con ampia variabilità interindividuale. Oltre gli 80 anni vi è una diminuzione di tutta una serie di funzioni intellettive.

Vi è inoltre una diminuzione, osservabile nei test, della *performance* nei compiti che richiedono anche una prontezza ed una velocità di esecuzione, valutabile con l'analisi dei tempi di reazione.

Altri risultati correlati a test psicometrici nell'età avanzata concludono che:

• vi è una forte correlazione positiva tra il livello di *performance* intellettiva durante il lavoro e la successiva conservazione della stessa, dopo il pensionamento;
• la funzione cognitiva mostra fisiologicamente scarsa o nessuna diminuzione nel tempo fino ad età molto avanzata (circa 80 anni);
• lo stato di malattia, compresa la depressione psicologica, più che i normali processi di invecchiamento, diminuisce l'efficienza delle funzioni cognitive del pensiero.

Inoltre, è stata posta un'attenzione particolare anche al ruolo che ha l'ipertensione nell'anziano nel determinare l'involuzione senile. Una lieve elevazione della pressione arteriosa può mantenere normale la situazione cerebrale, ma l'ipertensione cronica è spesso associata ad una precoce declino intellettivo.

Essendo i risultati dei test di intelligenza negli anziani spesso contraddittori, si è cercato di conciliare alcune di queste differenze.

Si è postulata quindi l'esistenza di due tipi di intelligenza:

• un tipo di intelligenza detta "*convergente*", perchè converge verso un approfondimento del pensiero; è una forma di intelligenza acquisita con l'esperienza e l'apprendimento culturale;
• un secondo tipo di intelligenza detta "*divergente*", perchè diverge in modo originale, fantasioso e creativo verso pensieri insoliti e talvolta geniali; una forma di intelligenza innata nella persona e quindi geneticamente predeterminata.

L'intelligenza divergente (creativa) è quindi abbastanza indipendente dall'educazione, dalla scolarità e dall'esperienza, ed è più direttamente correlata al funzionamento mentale naturale del sistema nervoso.

L'intelligenza convergente (della ricerca) è definita come la capacità di utilizzare criteri di giudizio, di analisi e di ricerca che si basano sull'esperienza acquisita per la risoluzione dei problemi.

La base dell'intelligenza divergente è soprattutto innata e con l'avanzare dell'età, l'intelligenza di questo tipo è generalmente meglio conservata di quella convergente, per cui la fantasia e la creatività non diminuiscono nel tempo. E ciò lo dimostrano tutti quei pittori, poeti ed artisti che rimangono creativi e fertili fino all'età più estrema.

Questo rilievo suggerisce che esiste un processo di invecchiamento biologico dell'intelligenza, che può però essere compensato dalla precedenza e continua acquisizione di conoscenze che permette all'intelligenza innata di continuare a funzionare.

In conclusione possiamo dire che le capacità cognitive mostrano solo una piccola diminuzione fino all'età avanzata e che le alterazioni negative sono connesse a stati di malattia.

Il tempo e la velocità di risposta possono anche aumentare nell'anziano, ma non sono necessariamente un sintomo di deterioramento delle funzioni intellettive, bensì anche un segno di saggezza e di prudenza tipiche della persona anziana.

CAPITOLO II

IMPARARE AD INVECCHIARE

In tutte le conclusioni degli studi effettuati si converge alla considerazione che le capacità intellettive sono fortemente influenzate dalla precedente attività professionale della persona, specialmente se, come i militari di carriera, hanno avuto ruoli di comando, da manager. Il militare di carriera ha dovuto e saputo gestire uomini, materiali e risorse economiche.

Se queste capacità mentali vogliono essere mantenute dal personale militare anche dopo la collocazione in congedo, nella terza età, è necessario proseguire con l'allenamento fisico e mentale per tutta la vita.

Gli organi e le funzioni mentali
che non vengono attivamente utilizzati
deperiscono in breve tempo.
Irreversibilmente.

Quei militari di carriera che, essendo stati impegnati ed attivi, non desiderano deperire dopo il congedamento, dovrebbero mantenere in esercizio le loro facoltà mentali il più a lungo possibile.

Con il congedamento, invece, l'attività purtroppo viene a fermarsi e compaiono l'isolamento, la noia, lo stato di malattia cronica, la depressione progressivamente involutiva fino alla conclusione della vita. Si può combattere tutto questo con lo sviluppo di nuove funzioni, nuove attività, nuovi contatti sociali.

Stimoli visivi, mentali, emotivi ed intellettivi
permettono di conservare la funzionalità
e la vivacità mentale delle persone anziane.

"Stimoli visivi, mentali, emotivi ed intellettivi permettono di conservare la funzionalità e la vivacità mentale delle persone anziane".

Anche il grado di stimolazione da parte dell'ambiente sulla persona gioca un ruolo importante nel determinare i fenomeni involutivi.

Le persone poco stimolate dal loro ambiente familiare abituale, perchè trascorrono noiosamente tutto il loro tempo nella stessa stanza e nello stesso modo e che raramente vedono altro, soffrono di un deterioramento assai più rapido delle funzioni mentali rispetto a coloro che invece sono sottoposti ad una grande quantità di stimoli sensoriali.

Organizzare incontri, riunioni, visite, ma anche, ad esempio, cambiare periodicamente i quadri alle pareti o l'ordine dei mobili nella sala da pranzo, aiutano a migliorare le funzioni mentali, poichè questo cambiamento costringe il cervello a funzionare.

Consigli:

- **l'inattività mentale e l'uso insufficiente dell'intelligenza indeboliscono tutte le funzioni psicomotorie;**
- **l'attività e l'allenamento rafforzano sinergicamente l'unione mente-corpo;**
- **la continua attività ed un regolare e metodico lavoro portano alla conquista di qualsiasi risultato prefissato.**

Il normale e fisiologico invecchiamento anagrafico della persona non implica di per sè un deterioramento della personalità. Solo l'inattività e la passività prolungate presentano il pericolo di una involuzione fino alla disintegrazione della personalità, ma questo può accadere a tutte le età.

La riduzione di iniziativa e di reattività nelle persone anziane sono sempre in associazione con alcuni eventi chiave: il congedamento, il pensionamento anticipato, i cambiamenti di residenza, la vedovanza o la perdita di amici stretti e parenti.

Questi eventi sono vissuti in modo negativo dal militare nella terza età se nella fase di vita attiva precedente ogni forma di cambiamento sia stato vissuto come molto stressante e il militare non vi era giunto mentalmente preparato.

Se il militare congedato avesse avuto un'idea di ciò che gli sarebbe poi successo, gli sarebbe stato sicuramente più facile gestire tutte le situazioni post-congedo.

Prevenzione: avere una buona anticipazione degli eventi.

Quando un militare è psicologicamente preparato a ciò che gli potrà accadere nella vita, gli sarà più facile adattarsi a tutte le nuove situazioni.

Dal personale di carriera il congedamento non deve essere considerato come un momento di *riposo*. Ciò è vero nonostante i pregiudizi della società industrializzata, che si aspetta sempre, solo per il pregiudizio dell'anziano non consumatore, che gli anziani siano inattivi perchè portatori di deficit e di restrizioni: il congedamento deve essere un momento di cambiamento, ma non verso l'inattività.

L'immagine sociale delle persone anziane sottolinea purtroppo gli aspetti negativi e determina in tutti delle aspettative negative. La sensazione di non essere più di alcuna utilità può avere alla fine un effetto distruttivo sull'immagine di sè.

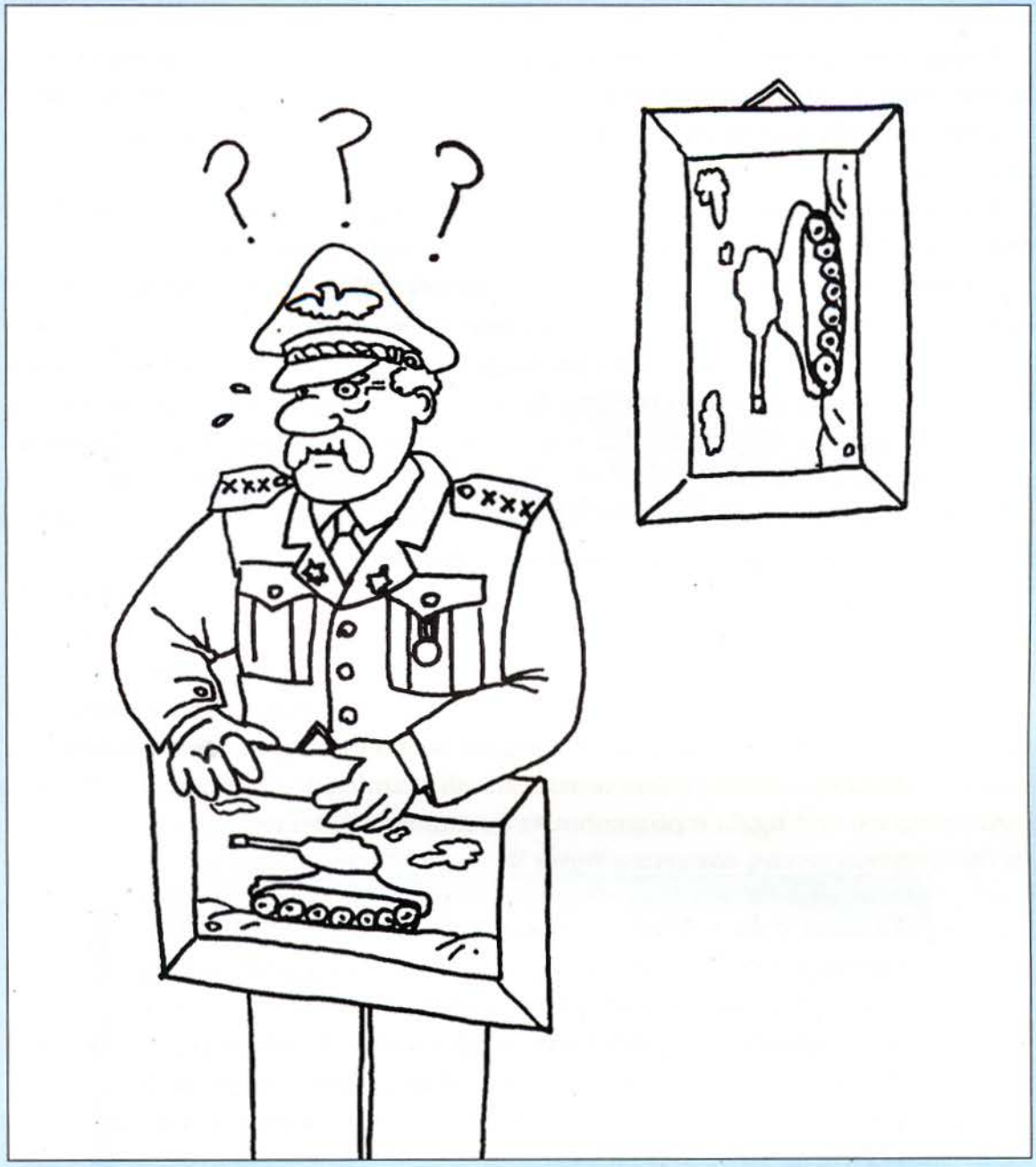
Invecchiare significa invece dover affrontare situazioni nuove e sapere come fare. Significa avere cioè la capacità di cambiare orientamento, l'accettazione di nuovi compiti, doveri e diritti, con abbandono dei diritti, dei doveri e delle abitudini collegate con lo status precedente.

Cambiamenti con il congedamento:

- **nell'ambito del servizio: la cerchia dei soliti contatti sociali scompare con il congedamento;**
- **situazioni nuove: il militare sente di aver bisogno di aiuto per la soluzione dei suoi problemi di adattamento;**
- **nuovi contatti sociali: il militare ha bisogno di aiuto per la creazione di nuovi contatti sociali.**

Il militare ha quindi bisogno di molto aiuto per adattarsi al suo nuovo status sociale ed il problema è riuscire ad individuare le persone o le situazioni che possano offrire questo aiuto.

Non trovandoli al di fuori del proprio ambiente familiare ecco che la persona anziana concentra tutta la sua richiesta di aiuto e di attenzione nell'ambito della propria famiglia, coinvolgendo sempre di più i parenti più intimi fino al punto da



"Organizzare incontri, riunioni, visite, ma anche, ad esempio, cambiare periodicamente i quadri alle pareti o l'ordine dei mobili nella sala da pranzo, aiutano a migliorare le funzioni mentali, poichè questo costringe il cervello a funzionare".

divenire dipendente da loro e creando in loro insofferenza.

L'eccessivo bisogno di contatti all'interno della famiglia spesso sostituisce solo la mancanza di contatti sociali extrafamiliari e la carenza di interessi intellettuali.

Tutto ciò, alla fine, contribuisce all'isolamento, all'involuzione senile precoce, alla depressione.

L'isolamento sociale (definito dalla misura obiettiva della frequenza di contatti sociali) e la solitudine (definita come percezione soggettiva) non sono la stessa cosa.

Il termine di *isolamento* si riferisce alla carenza reale di contatti sociali, quando cioè la persona non ha occasione per incontri interpersonali.

La *solitudine* invece è un vissuto più soggettivo delle interazioni sociali sia quando mancano sia quando sono presenti. La sensazione soggettiva di solitudine non è infatti correlata alla frequenza ed al numero reale di contatti sociali, ma alla soddisfazione che questi contatti procurano, al benessere e quindi alla loro qualità.

In effetti, il vissuto psicologico di solitudine deriva più dalle aspettative che la persona ha rispetto ai propri contatti sociali, che non dalla frequenza reale degli stessi.

Inoltre è statisticamente dimostrato che la solitudine è correlata alla sensazione della noia. Ad ogni età le persone con scarsi interessi, poco disponibili a guardare verso il futuro, si lamentano della noia molto di più di coloro che hanno ampi interessi.

Tuttavia anche una persona con ampi interessi, come può esserlo il militare di carriera, può soffrire di noia dopo il congedo se il suo programma della giornata non è strutturato, essendo venuti a mancare gli orari legati alla situazione del servizio in cui c'è una rigida e programmata strutturazione del tempo.

La noia e la solitudine vanno prevenute e combattute correggendo le aspettative sul futuro, adottando continuamente nuovi interessi e coltivando hobbies, programmando e organizzando le giornate e le settimane. Si crea così un insieme di abitudini, grazie al quale la persona congedata guarda avanti verso il futuro e non si ripiega su sè stessa.

Affinchè una persona possa godere del benessere psicofisico nel corso dell'invecchiamento, è opportuno istituire delle misure preventive nelle diverse età.

Prerequisito necessario ad ogni tipo di intervento e per una riabilitazione efficace è la correzione degli atteggiamenti psicologici negativi e dei pregiudizi nei confronti della terza età. Fra questi pregiudizi c'è inclusa l'immagine stessa che i medici hanno della terza età.

Le aspettative dei medici nei confronti del comportamento dei pazienti anziani influenzano il comportamento reale delle persone della terza età. Specialmente attraverso tutte le forme di comunicazione e soprattutto con la comunicazione non verbale rivolta all'anziano che deve essere fatta di attenzione, di disponibilità, di ascolto, di sdrammatizzazione con il sorriso.

Non tutte le depressioni, ad esempio, hanno una causa organica e non tutti gli stati di disorientamento e di confusione sono indicativi di demenza, ma possono semplicemente derivare dall'atteggiamento negativistico, frettoloso, rassegnato, sfiduciato del medico nei confronti di tutto ciò che riguarda la terza età.

"La demotivazione, la fretta ed il disinteresse del medico diventano la malattia dell'anziano".

Dopo una malattia i pazienti anziani necessitano di una efficace riabilitazione e devono intraprenderla per correggere l'immagine negativa della terza età, attraverso la correzione delle aspettative di deficit ingravescenti e di restrizione al riguardo del comportamento della persona anziana. Tali aspettative, abbiamo detto, influenzano il comportamento stesso delle persone anziane.

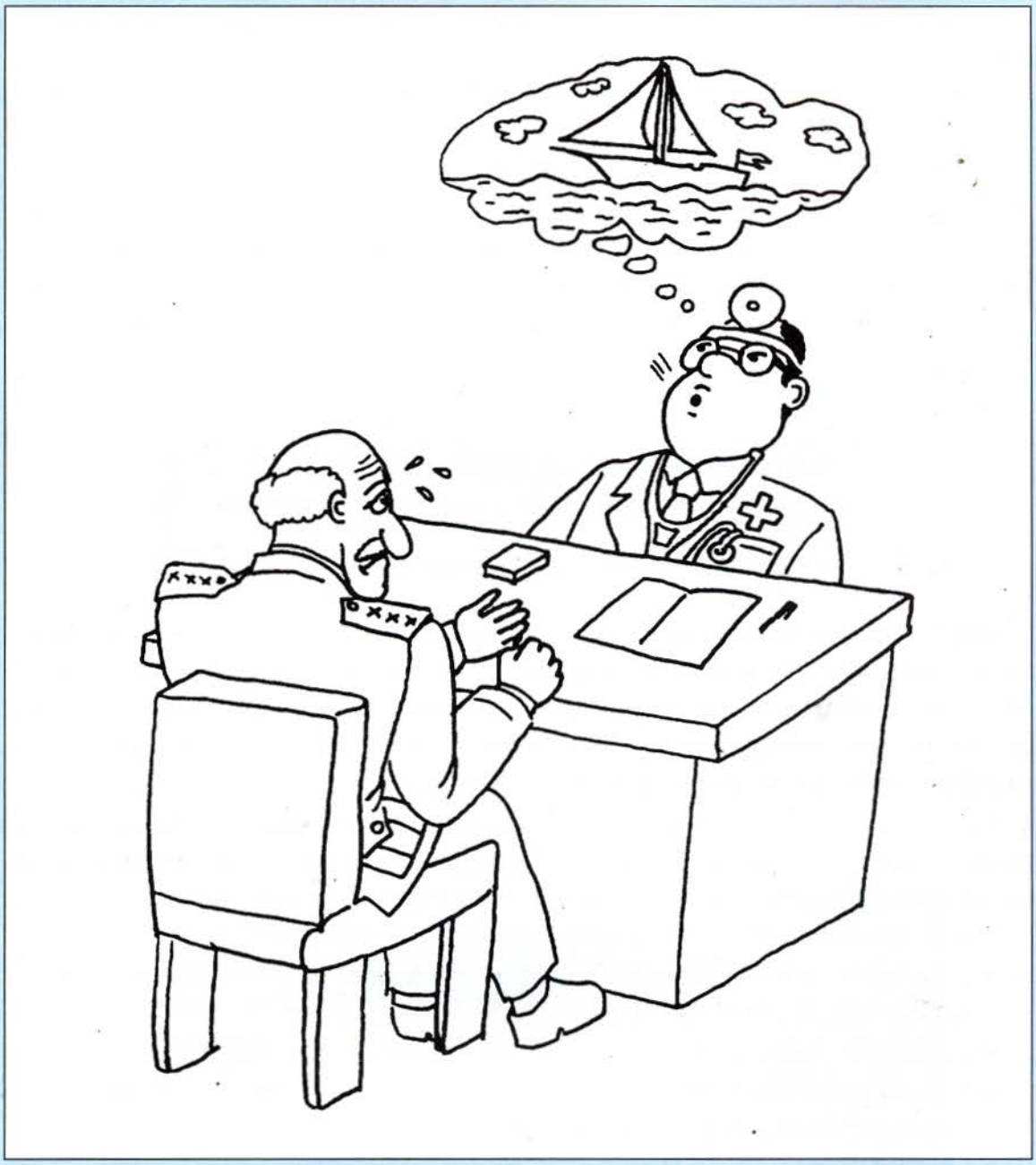
Un intervento efficace chiede comunque uno "*sforzo*"; anche ai pazienti anziani deve essere richiesto uno sforzo, – ***"il miglioramento passa sempre attraverso uno sforzo"*** – poichè comunque sono in grado di effettuarlo.

L'invecchiamento abbraccia quindi ruoli multidimensionali:

- il ruolo dei fattori biologici (come la circolazione del sangue specialmente nel cervello, il metabolismo cerebrale);
- il ruolo dei fattori sociali (i contatti, le amicizie, gli incontri);
- il ruolo dei fattori economico-finanziari (le terapie fisiche, le cure termali, la chirurgia correttiva ed estetica);
- i ruoli dei tempi in cui la società si muove (la considerazione sociale);
- il ruolo dell'uso dell'ambiente sociale (barriere architettoniche, i mezzi pubblici, i locali di svago).

Ogni tipo di intervento (cioè la somma di tutte le misure prese) è richiesto nelle diverse aree:

- con misure fisiche di riabilitazione e cure mediche, per il benessere corporeo;
- con misure psicologiche e training addestrativo, per il benessere psichico;
- con misure sociali di integrazione, per il benessere relazionale;



"La demotivazione ed il disinteresse del medico diventano la malattia dell'anziano".

- con misure ambientali, per la libertà di movimento;
- con eventuali protesi (per le articolazioni bloccate ed i deficit uditivi).

Possiamo quindi concludere, al termine di queste considerazioni, che non è la situazione reale o lo stato di malattia che determina il comportamento dei militari in congedo, ma il modo soggettivo, psicologico, con cui ciascun individuo percepisce la situazione conseguente al congedamento.

Lo stato di salute "*soggettivo*" è di estrema importanza: le persone anziane non dovrebbero "essere" solo in buona salute, ma dovrebbero anche "*sentirsi*" in buona salute.

Una persona anziana quindi *ha la salute che sente di avere*: bisogna cogliere il significato della percezione individuale della particolare situazione della terza età e fare un'analisi dettagliata del problema specifico del soggetto e della sua rappresentazione mentale. Tutto questo prima ancora di intraprendere qualunque intervento terapeutico che altrimenti potrebbe risultare inefficace o controproducente.

Anche troppo zelo, troppa premura, nella cura dell'anziano risultano alla fine dannosi: ***"aiuta un paziente rifiutando di aiutarlo".***

Dalla Carta dei Diritti del Malato

Le persone anziane hanno diritto:

- a non essere ricoverate in ospedale senza necessità e a godere pertanto di apposite strutture di assistenza alternative, volte primariamente al mantenimento attivo della persona anziana nel suo contesto sociale e alla difesa e al recupero dell'autosufficienza;
- a non essere considerate a priori croniche ed irrecuperabili, aggravando in tal modo la loro condizione;
- all'uguaglianza e alla parità di trattamento assistenziale, senza le discriminazioni che fanno delle persone anziane, inabili o non autosufficienti, le categorie peggio curate;
- ad essere assistite senza limitazioni di orario dai familiari, compatibilmente con le esigenze del servizio sanitario e la salvaguardia della tranquillità degli altri ricoverati;
- a ricevere aiuto dal personale sanitario, soprattutto quando manchi l'assistenza dei parenti, non in forza di pura buona volontà, ma per precise norme di regolamento, nell'esercizio di attività vitali come l'alimentazione, la pulizia personale, la mobilità, per le quali sia diminuita l'autosufficienza della persona;
- alla eliminazione delle barriere architettoniche.

Questo occuparsi dell'anziano solo per l'indispensabile promuove e facilita l'indipendenza, comunque nei limiti del possibile. È bene preoccuparsi sempre di non concedere troppe attenzioni al paziente anziano, per non indurre comportamenti indesiderati che aumentano la dipendenza dell'anziano dai familiari.

Le "*cure eccessive*" inducono dipendenza e diminuiscono la propria autostima. Rifiutare l'aiuto, quando ciò è giustificato, può rendere il paziente anziano più fiducioso nelle proprie capacità.

"Invecchiamento positivo: ...continuità nello stile di vita".

PARTE SECONDA

del Capitano medico Marco Cannavicci,
Capo del Servizio di Psicologia del Policlinico Militare di Roma

e del Ten.Col. farmacista Vincenzo Barretta,
Direttore della Farmacia del Policlinico Militare di Roma

CAPITOLO I

ASPETTI CLINICI DELL'INVECCHIAMENTO

In medicina l'invecchiamento è detto *primario* quando riguarda fenomeni intrinseci all'organismo che sono determinati da influenze ereditarie, per cui il declino funzionale dell'organismo risulta variabile da persona a persona.

L'invecchiamento è detto *secondario* quando si riferisce alla comparsa di difetti e disabilità in seguito a fenomeni patologici acquisiti, come possono essere i traumi e le malattie croniche.

L'invecchiamento quindi comprende:

• invecchiamento primario	- effetti cumulativi di attività fisiche logoranti - modificazioni biologiche intrinseche geneticamente determinati
• invecchiamento secondario	- effetti cumulativi dei traumi - malattie acquisite - fattori tossici ambientali ed alimentari
• cambiamenti psicosociali	- stress cronico - perdita di fonti di autostima - solitudine - pregiudizi sociali - perdita del ruolo lavorativo
• declino fisiologico	- perdita di riserve, forze e mobilità - diminuzione delle difese immunitarie - rallentamento del metabolismo
• invecchiamento positivo	- capacità di compensare le disabilità minime - mantenimento della stima di sè - conservazione delle attività mentali e fisiche - autonomia - continuità nello stile di vita - soddisfazione nella vita e nei ruoli sociali

IL DETERIORAMENTO MENTALE SENILE

Nella persona anziana o comunque che recentemente è stata collocata in congedo i sintomi tipici del deterioramento cerebrale e dell'involuzione mentale senile sono:

- disfunzioni *intellettive* (cognitive): distraibilità, alterazioni della memoria, alterazioni dell'orientamento spazio-temporale e disturbi della parola;
- alterazioni *dell'umore e del senso di benessere*: mancanza di interessi, appiattimento affettivo, ansia, labilità d'umore, tendenza alla depressione;
- *comportamento*: apatia, irritabilità ed aggressività.

Nei soggetti anziani, le sindromi depressive possono presentarsi, in modo mascherato, come deterioramento intellettivo (ed essere scambiate per demenza: la pseudo-demenza depressiva).

Nella maggior parte dei casi, le alterazioni delle funzioni intellettive in corso di stati depressivi sono reversibili in seguito al trattamento farmacologico.

Inoltre il deterioramento intellettivo potrebbe essere secondario a carenze nell'alimentazione, a distiroidismo o a terapia farmacologica (benzodiazepine, antiipertensivi, glicosidi cardioattivi o anticolinergici) e quindi anche queste forme sono reversibili.

LA DEPRESSIONE

Le sindromi depressive sono tra le più frequenti cause di disturbi psichici, ma fortunatamente sono ben trattabili farmacologicamente. Quindi è reversibile il deterioramento mentale nei pazienti anziani che non è frutto di involuzione senile, ma solo di depressione.

Tuttavia, nei pazienti anziani gli stati depressivi possono presentarsi in modo assai diverso rispetto all'età ed essere quindi di difficile diagnosi.

È meno frequente che la depressione si presenti sotto forma di sintomi dovuti a deficit vitali (anoressia, insonnia), mentre vi sono paure immotivate di malattie, di senilità, di povertà, di disperazione generalizzata.

La mancanza di interessi, l'appiattimento degli affetti ed il rallentamento generale possono rappresentare i sintomi predominanti ed essere erroneamente diagnosticati come stadi precoci di demenze: questi casi vengono definiti come **pseudo-demenza depressiva.**

Le scale di valutazione della depressione, create per pazienti giovani e adulti,

sono meno adatte per valutare il grado di depressione nei pazienti anziani, perchè in questi ultimi esiste un diverso *pattern* di segni e sintomi. Segni e sintomi importanti nella depressione del paziente anziano sono:

- paura dello stato di malattia e di cadere in povertà;
- lamentele di perdita di memoria, "divento vecchio...";
- sensi di disperazione;
- rallentamento psicomotorio grave;
- mancanza di interessi personali;
- trascuratezza nella cura di sè, del proprio aspetto e della propria persona.

DEMENZA DEGENERATIVA PRIMARIA

È la più comune forma di demenza rappresentando più del 50% delle diagnosi (include le forme tipo Alzheimer).

La caratteristica clinica principale è il graduale, lento e progressivo deterioramento intellettivo, che tipicamente presenta il seguente andamento: nei primi anni alterazioni della memoria e dell'orientamento; negli anni successivi, disturbi della parola (afasia), della capacità di riconoscere gli oggetti (agnosia) e della capacità di effettuare movimenti volontari finalizzati o di manipolare gli oggetti (aprassia); incontinenza e completa immobilità (paziente allettato) nella fase terminale.

DEMENZA MULTI-INFARTUALE

È una forma di involuzione senile che è dovuta alle degenerazioni vascolari dei vasi sanguigni cerebrali, come ad esempio l'aterosclerosi, e rappresenta il 30% circa di tutte le demenze.

Le caratteristiche cliniche sono le seguenti:

- bruschi peggioramenti dello stato del paziente, con andamento a gradini;
- segni di infarti cerebrali di piccole o grandi dimensioni;
- sintomi quali paralisi lievi o alterazioni della parola, che sono parzialmente o completamente reversibili.

Queste condizioni cliniche sono spesso conseguenza di una ipertensione arteriosa cronica (soprattutto se non trattata o trattata in modo inappropriato).

Sintomo, Sindrome, Malattia

I livello - *sintomo* - distrazione, confusione, dimenticanze, disorientamento

II livello - *sindrome* - deterioramento mentale senile (verso la demenza senile)

III livello - *malattia*

- forme reversivibili:
  - depressione
  - pseudo-demenza
  - malnutrizione
  - effetti collaterali di farmaci
- forme irreversibili:
  - demenza *vascolare multi-infartuale* (M.I.D.)
  - demenza *presenile* (45-65 anni) *Morbo di Alzheimer*
  - *demenza senile di Alzheimer* (> 65 anni) S.D.A.T.

CAUSE REVERSIBILI DI PSEUDO-DEMENZA

Quasi tutte le malattie generali dell'organismo, quelle metaboliche e moltissimi farmaci possono indurre nell'anziano uno stato di disorientamento che potrebbe essere difficile da differenziare dalla demenza, specialmente se il medico ha un atteggiamento frettoloso e superficiale, come spesso accade con i pazienti anziani.

Le cause principali sono sotto riportate ed organizzate secondo un acrostico che prende proprio il nome latino della demenza.

Le iniziali compongono la parola DEMENTIA, che ci aiuta a ricordare le più importanti cause di pseudodemenza reversibile:

D = Drugs, farmaci (sostanze psicoattive, cardioattive, antiipertensive, ...)
E = cause Emozionali (depressione)
M = cause Metaboliche ed endocrine (ipoglicemia, ipossiemia, ...)
E = Eyes and ears (alterazioni occhi e orecchie)
N = cause Nutrizionali ed idrocefalo Normoteso (deficit vitamine e ferro)
T = Tumori, Tossine e Trauma
I = Infezioni (lue, encefalite, meningite, polmonite)
A = Aterosclerosi (con T.I.A.)

Il compito principale del medico è distinguere tra le modificazioni mentali patologiche dei pazienti anziani (deterioramento mentale senile) e quelle normalmente concomitanti all'invecchiamento, e differenziare tra forme irreversibili e reversibili.

CAPITOLO II

IL MEDICO E L'ANZIANO

IL BUON RAPPORTO TRA IL MEDICO E LA PERSONA ANZIANA

Il rapporto medico-paziente rappresenta la chiave di volta per una diagnosi accurata con tutti i pazienti, ma in modo particolare ciò è importante con i pazienti anziani.

Se il rapporto è limitato a pochi scambi verbali ed è superficiale nell'affrontare le varie problematiche psicologiche e relazionali che vive il soggetto anziano, vi sono poche probabilità di effettuare una diagnosi corretta o di istituire un trattamento efficace, sia terapeutico che preventivo.

Attualmente è difficile che un medico, convinto per pregiudizio che i trattamenti farmacologici o psicoterapeutici siano inutili negli anziani, abbia voglia di effettuare una diagnosi corretta e di istituire un giusto trattamento.

Il paziente anziano necessita in primo luogo di *empatia*, cioè della capacità di comprendere cosa significa trovarsi nella situazione del paziente e sapere quello che sta provando, e necessita soprattutto di *tempo*.

Avere tempo: è inutile cercare di trarre conclusioni valide da un'anamnesi breve ed affrettata. Delle valide conclusioni diagnostiche possono essere dedotte solo dalla valutazione dei segni riscontrati durante la visita, dei sintomi che vengono riferiti dal paziente e dalla storia del paziente.

Se il rapporto tra il medico ed il paziente è buono e franco, è possibile ottenere tutte le informazioni richieste in modo ampio e dettagliato. In genere l'anamnesi include solo domande sullo stato organico del soggetto e sulle malattie, gli incidenti e gli interventi subìti. La situazione psicologica personale, lo stato delle relazioni sociali del paziente ed il modo con cui trascorre la propria giornata vengono raramente indagate.

L'anamnesi sociale e personale del paziente è invece indispensabile per la diagnosi di uno stato di depressione o di altri disturbi mentali che non sono *visibili* nè facili da capire.

D'altra parte ci vuole tempo per indagare queste aree e non è possibile esaurirle tutte in una sola consultazione. Il medico dovrebbe cercare di organizzare un colloquio iniziale che includa la ricerca di tutti i fattori dell'anamnesi, della durata di un'ora circa.

Il tempo impiegato in questa fase iniziale può farne risparmiare in una fase successiva, se conduce ad un trattamento efficace.

Oltre a conoscere il paziente esplorando la storia della sua vita, il medico dovrebbe:

- ascoltare con comprensione tutto quello che il paziente vuole dire;
- coinvolgere il paziente nelle decisioni sul trattamento o su altri interventi, cercando non solo il consenso ma una sua condivisione e attiva partecipazione;
- riconoscere i pregiudizi ed i conflitti del paziente che potrebbero condurlo verso cattive relazioni interpersonali, medico compreso, tali da non fargli seguire la terapia farmacologica prescritta;
- aiutarlo a mantenere la stima di sè e l'indipendenza, gratificandolo per tutto ciò che riesce a fare, a compenso delle cose che non gli riescono;
- formulare un programma realistico di trattamento, tale che il paziente lo possa agevolmente seguire, preferendo i farmaci in monosomministrazione giornaliera (anzichè in tre volte);
- riconoscere i problemi che necessitano del parere specialistico su cui è necessario un approfondimento diagnostico;
- affrontare i sentimenti negativi del paziente, sia diretti contro se stesso che contro il medico, facendolo esprimere su tutto ciò che pensa, perchè quello che accadrà dopo la visita sarà determinato dai pensieri che rimangono nella mente e non da ciò che *si dovrebbe fare.*

CONSIGLI UTILI PER IL MEDICO NEL RAPPORTO CON I PAZIENTI DELLA TERZA ETÀ

• Il medico dovrebbe correggere la propria immagine negativa della terza età, vedere cioè l'invecchiamento "normale" in una luce migliore.

Il paziente geriatrico necessita di stimoli maggiori per prevenire la degenerazione correlata all'età e mantenersi attivo.

Il principio deve essere: " aiuta i pazienti incoraggiandoli a fare da sè".

• I provvedimenti presi dovrebbero essere specifici per quell'individuo, cioè per la sua particolare personalità e situazione. Ciò in funzione del fatto che il processo di invecchiamento è diverso da individuo a individuo.

• Gli interventi riabilitativi devono procedere su fronti terapeutici diversi, dato che sono molteplici i fattori che influenzano i processi di invecchiamento e

le ripercussioni della storia personale sul decorso dell'invecchiamento.

• Il medico non deve solo analizzare la situazione nella sua realtà, ma analizzare anche la percezione che il paziente ha della propria situazione.

Tutti i provvedimenti terapeutici in geriatria dovrebbero cominciare con una analisi accurata della specifica situazione dell'individuo e del modo con cui sta affrontando consapevolmente la situazione. Solo così è possibile valutare le possibilità di successo e i limiti dei vari programmi di intervento.

Provvedimenti che hanno lo scopo di rendere attivo il paziente dal punto di vista fisico, mentale, emozionale e sociale, programmi di riabilitazione (per esempio training che aiutino il paziente a vedere la sua situazione come è realmente), terapia comportamentale: possono essere utili per un dato paziente in una data situazione.

• Perchè i provvedimenti presi dai vari specialisti possano risultare efficaci, è di vitale importanza che i medici ed il personale ausiliario vi credano, dato che il loro atteggiamento, che prende origine dalle loro stesse aspettative, influenza la risposta del paziente in modo sia consapevole che inconsapevolmente.

• Può succedere a volte che i provvedimenti adottati si dimostrino inefficaci o che si evidenzi solo un minimo miglioramento.

Vi sono limiti biologici a quanto può essere ottenuto, ma nell'ambito della psicogeriatria la possibilità di miglioramento è spesso assai superiore a quanto razionalmente si possa immaginare.

CAPITOLO III

CONSIGLI UTILI PER IL PERSONALE IN CONGEDO

Le osservazioni effettuate evidenziano che per la maggior parte delle persone anziane esistono delle variabili fisiologiche molto ampie, per quanto riguarda le modalità di progressione dell'invecchiamento.

Più aumenta l'età più aumenta il *range* della normalità che separa le situazioni fisiologiche da quelle patologiche.

Ancora più difficile risulta poi distinguere il normale dal patologico per quanto riguarda le variabili psicologiche e le funzioni mentali, come l'intelligenza, la memoria ed il comportamento relazionale di ogni giorno.

Non è possibile fornire una descrizione universalmente valida del tipico soggetto anziano, poichè le persone anziane sono assai diverse tra loro, molto più di quanto non lo siano, ad esempio, i neonati o i giovani.

Oltre alle differenze congenite e alle differenze acquisite dalle esperienze effettuate fin dai primi anni di vita, le persone anziane si differenziano per la loro storia individuale, cioè per educazione, professione, situazione familiare ed altri fattori causali.

Per questo motivo i valori medi sono poco significativi rispetto alla situazione reale di un soggetto particolare.

Statisticamente possiamo dire che la maggior parte delle persone possono aspettarsi una terza età normale, caratterizzata da salute fisica e mentale, con soltanto manifestazioni di alterazioni minori correlate all'età ed un certo rallentamento delle funzioni sensitive e motorie.

Molte persone, dopo il congedo, mantengono relazioni soddisfacenti con gli altri e sono in grado di adattarsi bene alle necessità di cambiamento connesse alla mutazione del loro ambiente fisico e sociale.

D'altra parte, con l'avanzare dell'età, aumenta la probabilità di soffrire di malattie croniche o gravi dato che il corpo, invecchiando, è sempre meno in grado di affrontare gli stress, permanenti o temporanei, che originano dall'ambiente che lo circonda.

PREVENIRE I DISTURBI DELLA MEMORIA

È importante distinguere tra disturbi della memoria da considerare normali e situazioni patologiche.

Circa il 10% della popolazione di età superiore a 65 anni presenta segni clinici di involuzione senile, mentre nel restante 90% le modificazioni che compaiono rappresentano il naturale e fisiologico indebolimento delle funzioni mentali.

È stato dimostrato che entro i 75 anni si perde circa il 25% della memoria posseduta a 20 anni.

Questo fenomeno è spesso banalizzato e chiamato annebbiamento della memoria di tipo senile. I medici lo definiscono un fenomeno benigno dato che non progredisce verso una vera e propria forma di demenza.

Può però apparire assai più maligno per il soggetto che perde la capacità di mantenere le proprie competenze professionali o non riesce a ricordare i nomi di persone importanti della sua vita.

Quindi si può considerare che benchè il 90% degli anziani non sarà mai affetto da involuzione senile che evolve in demenza, tutti prima o poi soffriranno di disturbi della memoria per un suo naturale e fisiologico indebolimento.

Nell'invecchiamento fisiologico avvengono delle importanti modificazioni nel metabolismo cerebrale, cioè nelle modalità di funzionamento biologico con cui il cervello utilizza gli zuccheri, l'ossigeno, le proteine e gli altri fattori nutritivi.

In primo luogo, perchè questo metabolismo diminuisce naturalmente di circa il 25%, in secondo luogo, ed è il fattore più importante, perchè c'è la diminuzione della disponibilità di alcuni neurotrasmettitori cerebrali, come ad esempio il neurotrasmettitore detto acetilcolina.

La diminuzione di questo neurotrasmettitore cerebrale, presente anche nell'invecchiamento normale, potrebbe essere responsabile dei disturbi della memoria che accompagnano il normale processo di invecchiamento.

La diminuzione di altri trasmettitori cerebrali, detti amine biogene, è dimostrabile nel corso dell'invecchiamento normale. Ciò può determinare una diminuzione delle capacità mentali, come ad esempio l'attenzione, come pure una tendenza alla manifestazione della depressione.

Tuttavia non tutti i disturbi della memoria rilevabili in età avanzata sono secondari a modificazioni biochimiche cerebrali.

Altre patologie possono simulare una condizione degenerativa permanente ed essere invece reversibili, come è stato illustrato nel capitolo precedente, in quanto legate a fattori rimovibili.

Uno dei problemi principali nella diagnostica differenziale è considerare tutte le cause reversibili dei disturbi della memoria nell'anziano: come i farmaci, l'emo-

tività, i problemi endocrini, i traumi, le infezioni croniche ed l'aterosclerosi.

La pratica clinica ha evidenziato che spesso i pazienti che lamentano disturbi della memoria sono più probabilmente depressi che affetti da involuzione senile.

Individuare la depressione nell'anziano è spesso un compito arduo: a questo scopo è stata sviluppata la *Geriatric Depression Scale*, che permette uno *sceening* della depressione nell'anziano.

Geriatric Depression Scale

1. Siete sostanzialmente soddisfatti della vita?
2. Avete interrotto molte attività ed interessi?
3. Sentite vuota la vostra vita?
4. Vi annoiate spesso?
5. Siete di buon umore la maggior parte del tempo?
6. Avete paura che vi possa accadere qualcosa di male?
7. Vi sentite felici la maggior parte del tempo?
8. Vi sentite spesso indifesi?
9. Preferite stare in casa anzichè uscire a fare cose nuove?
10. Vi sembra di avere più problemi di memoria rispetto ad altre persone?
11. Pensate che sia stupendo essere vivi oggi?
12. Vi sentite inutili?
13. Vi sentite pieni di energia?
14. Pensate che la vostra situazione sia senza speranza?
15. Pensate che la maggior parte della gente stia meglio di voi?

Le seguenti risposte valgono un punto, le altre zero punti:
1. No - 2. Si - 3. Si - 4. Si - 5. No - 6. Si - 7. No - 8. Si - 9. Si - 10. Si - 11. No - 12. Si - 13. No - 14. Si - 15. Si.

Punteggi inferiori a 5 sono normali; da 5 a 10 indicano depressione lieve o moderata; punteggi superiori a 10 indicano depressione grave.

(Yesavage e coll. - Development and validation of a geriatric depression screening scale - J.Psychiatric Res. 17: 37-49, 1983).

Oltre alle modificazioni biologiche relativamente permanenti che avvengono nel corso del normale processo di invecchiamento e alle cause reversibili dei disturbi della memoria, vi sono numerosi problemi psicologici che determinano difficoltà mnesiche.

Essi comprendono delle situazioni che possono essere raggruppate in quattro gruppi di disturbi della memoria:

- disturbi della memoria da deficit nel metodo organizzativo del pensiero;
- disturbi della memoria da deficit di immaginazione e visualizzazione;
- disturbi della memoria da deficit di analisi delle percezioni;
- disturbi della memoria da deficit di attenzione spontanea.

Benchè i dati esatti non siano noti, se consideriamo che entro i 75 anni vi è una diminuzione del 25% della memoria rispetto ai 20 anni, possiamo ipotizzare che la metà di questa diminuzione (il 12,5%) sia dovuta a processi biologici, mentre l'altra metà a cause psicologiche (l'altro 12,5%).

DISTURBI DELLA MEMORIA DA DEFICIT NEL METODO ORGANIZZATIVO DEL PENSIERO

Quando i bambini frequentano la scuola viene continuamente chiesto loro di prendere appunti. Prendere appunti obbliga ad organizzare in una certa forma più o meno strutturata le informazioni ed il materiale che dovrà essere poi appreso in modo più facile e semplificato.

Nel corso della vita le persone non sono più obbligate ad organizzare le idee e le informazioni percepite in tale maniera e le informazioni che vengono solo ascoltate è facile che alla fine "*entrino da un orecchio ed escano dall'altro*".

L'organizzazione delle informazioni a cui si presta attenzione fornisce una serie di chiavi di recupero tramite cui ritrovare le notizie memorizzate. Ad esempio, se definiamo che vi sono quattro punti principali in una lezione ed organizziamo i nostri appunti di conseguenza, la rievocazione, la memoria, è facilitata. Almeno sappiamo quante cose dobbiamo recuperare dalla memoria.

Il punto è che molte strategie utilizzate di routine a scuola e che aiutano la memoria nelle situazioni di apprendimento sono poi abbandonate. Fra queste strategie sono celebri e diffusi gli acrostici: per ricordare la sequenza dei gruppi montagnosi delle Alpi "*ma con gran pena le recan giù*" – marittime, cozie, graie, pennine, lepontine, retiche, carsiche, giulie – oppure la sequenza dei valori dei semi delle carte da gioco "*come quando fuori piove*", cuori, quadri, fiori, picche.

Senza tali ausili la nostra memoria è svantaggiata. Il fatto che molte persone anziane non utilizzino tali ausili non significa che essi siano persi per sempre.

L'anziano può utilizzare ancora questi ausili mnemonici e migliorare la propria memoria.

Consigli:

- l'organizzazione delle informazioni aiuta a rievocare le tracce mnesiche perchè consente di sapere dove cercare il ricordo;
- utilizzare le immagini associative o delle liste di elementi facili da ricordare possono fornire chiavi di recupero alla memoria.

DISTURBI DELLA MEMORIA DA DEFICIT DI IMMAGINAZIONE E VISUALIZZAZIONE

Buona parte della nostra memoria è visiva. Associamo inconsciamente delle immagini a tutte le cose che vogliamo ricordare.

Lo facciamo, ad esempio, quando udiamo per la prima volta il nome di una persona che ci viene presentata, ma molto spesso lo facciamo di fantasia immaginandoci volti di persone che non conosciamo direttamente perchè ci parliamo solo al telefono.

Il materiale astratto è più difficile da ricordare rispetto a quello che può essere rappresentato da una chiara immagine visiva.

Perciò se il soggetto è in grado di trasformare l'astratto in qualcosa di concreto e di facilmente visualizzabile la memorizzazione è facilitata.

Purtroppo, con il progredire degli anni, si perde la capacità di immaginare visivamente. Pensiamo sempre meno in termini visivi. Sogniamo meno ed i sogni sono meno vividi. Inoltre, le fantasie delle età precedenti divengono remote. Ciononostante, se questa capacità di utilizzare l'immaginazione visiva viene riattivata essa può rappresentare un utile strumento per migliorare la memoria.

Consiglio:

addestrarsi a migliorare l'immaginazione visiva analizzando in modo approfondito immagini, fotografie, disegni, cartoline, mappe attraverso una attenzione volta alla ricerca dei dettagli.

DISTURBI DELLA MEMORIA DA DEFICIT DI ANALISI DELLE PERCEZIONI

È stato sostenuto che le persone anziane non elaborano le informazione, i pensieri ed i concetti altrettanto profondamente come facevano in precedenza.

Gli psicologi intendono con profondità di elaborazione la quantità di dettagli, di elaborazione ed approfondimento che poniamo nel nostro pensiero.

Possiamo considerare impressione superficiale l'ascoltare solo il nome di battesimo di una persona, prestando scarsa attenzione e senza guardarla in viso. Un'impressione abbastanza approfondita dello stesso nome si avrà chiedendo nome e cognome, come si scrive, l'origine di tale nome, quale lavoro svolge e contemporaneamente osservarne il volto, anche nei dettagli.

L'intero processo è simile al metodo cosiddetto *socratico* in cui le domande che vengono poste nel corso dell'apprendimento obbligavano gli studenti a pensare approfonditamente al soggetto in discussione. Tutto ciò in modo da rendere automatico l'apprendimento per il semplice fatto di averci ragionato sopra.

È stato sostenuto che le persone anziane spesso mancano delle energie mentali necessarie a porre tali domande e che per questo motivo l'elaborazione delle informazioni è meno approfondita.

Quanto più l'elaborazione mentale delle informazioni è approfondita, tanto più sarà facile successivamente richiamarle alla mente.

Se immaginiamo che la memoria sia costruita da una serie di immagini mentali, quante più immagini fanno parte di un ricordo tanto più facile è il richiamare le informazioni che si cercano.

L'elaborazione superficiale determina una memorizzazione povera di immagini, perchè le tracce mnesiche che provoca sono oscure e difficili da recuperare a posteriori. Tuttavia, nonostante i cambiamenti dell'età, è certamente possibile imparare di nuovo ad elaborare le informazioni in modo più approfondito.

Consigli:

- addestrarsi a porre domande su ciò che si sta ascoltando o percependo;
- porre domande e discutere i dettagli di un nome, di una persona, di un argomento determina un'elaborazione mnesica più approfondita ed un più facile richiamo successivo.

DISTURBI DELLA MEMORIA DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE SPONTANEA

Una buona attenzione aumenta la profondità dell'elaborazione, una scarsa attenzione determina un'elaborazione superficiale e scarsa memorizzazione.

Invecchiando, la capacità di attenzione diminuisce fisiologicamente. Possiamo verificarlo chiedendo ad una persona anziana di fare più cose contemporaneamente, cioè di funzionare in modo "parallelo".

La persona anziana è spesso in grado di eseguire un singolo compito altrettanto bene del giovane, ma quando si tratta di una serie di compiti si determina un sovraccarico e la *performance* si deteriora.

Per gli anziani è difficile elaborare le informazioni contemporaneamente da prospettive diverse. Perciò le informazioni non possono essere facilmente rielaborate e le tracce mnesiche saranno superficiali e frammentate. Nella memorizzazione, l'attenzione ha un ruolo altrettanto importante della ritenzione del ricordo.

Consigli:

- la preoccupazione di stare attenti crea uno "sforzo" che diminuisce l'attenzione e quindi l'apprendimento;
- una soluzione può essere il rilassamento psicofisico, sia mentale che muscolare raggiungibile tramite il respiro più lento e più profondo.

TRATTAMENTI PSICOLOGICI E BIOLOGICI NELLA DEPRESSIONE E NELLA PARANOIA

Gli anziani sono suscettibili alla manifestazione clinica di diverse malattie e disturbi psichiatrici. Malattie che possono interferire con le varie funzioni mentali, fra cui anche quelle cognitive, come la memoria.

Esse comprendono principalmente la depressione e la paranoia. L'uso prudente degli psicofarmaci può in ambedue i casi migliorare tutta la situazione mentale ed anche la memoria, recuperando la capacità di elaborazione persa in pensieri negativi depressivi o di tipo paranoide.

Possono esistere disturbi della memoria che sono secondari all'umore depresso o alle ruminazioni depressive che disperdono le capacità elaborative.

Come si può memorizzare e pensare chiaramente con la mente piena di pensieri autosvalutativi?

Una soluzione a questo problema è rappresentato dall'uso prudente di farmaci antidepressivi.

È opportuna una grande cautela in quanto molti antidepressivi presentano importanti effetti collaterali, detti anticolinergici, che potrebbero peggiorare ulteriormente la memoria, essendo l'acetilcolina il neurotrasmettitore dei ricordi.

È opportuno utilizzare nell'anziano quei farmaci antidepressivi che presentano i minori effetti anticolinergici.

Gli anziani che sviluppano delle idee alterate nei contenuti, come possono essere i deliri di tipo paranoideo, disperdono le loro capacità di elaborazione pensando continuativamente a tutti coloro che gli "vogliono far del male".

Anche in questo caso un uso prudente dei farmaci neurolettici può migliorare significativamente le funzioni cognitive ed il benessere del paziente.

Dato che spesso le ideazioni deliranti di tipo paranoideo insorgono in persone anziane con funzioni cognitive già indebolite dal fisiologico invecchiamento, non bisogna risparmiare alcun sforzo per ottimizzare il recupero di tali funzioni.

Una considerazione importante nella scelta del farmaco è la verifica preliminare che il paziente sia effettivamente *paranoico* e non semplicemente agitato ed impaurito.

I farmaci neurolettici determinano effetti collaterali gravi, tra cui soprattutto una manifestazione grave, di tipo neurologico, detta *discinesia tardiva* che somiglia al morbo di Parkinson e compare con maggior frequenza negli anziani che usano questi farmaci.

Se il paziente è soltanto gravemente agitato o ansioso può essere più utile impiegare un blando sedativo, detto benzodiazepina, preferibilmente a breve emivita, cioè di rapido e facile smaltimento.

I farmaci che aumentano la vigilanza mentale e tutte le altre funzioni connesse con la conoscenza, potrebbero quindi aumentare anche le capacità di attenzione e di apprendimento.

L'uso di farmaci che aumentano la vigilanza interagiscono positivamente con le tecniche psicologiche di miglioramento della memoria, cioè la persona anziana più vigile beneficia maggiormente di ogni tipo di *training* addestrativo.

LINEE GUIDA PER UNA SANA ALIMENTAZIONE (DI TIPO ITALIANO)

I punti essenziali:

- **Attenti al vostro peso.**
- **Meno grassi e colesterolo.**
- **I dolci: come e quanti.**
- **Più amido e più fibra.**
- **Il sale? Meglio poco.**
- **Alcool: se sì, con moderazione.**
- **Come e perchè variare.**

Premessa

In questi ultimi anni l'intera popolazione è stata progressivamente sensibilizzata ed avvicinata alle problematiche alimentari con l'obiettivo di finalizzare le scelte dei cibi da assumere allo scopo di conseguire una alimentazione più ricca, sana ed equilibrata che sia atta a garantire la conservazione del miglior stato di salute possibile.

Una corretta alimentazione è della massima importanza ad ogni età, direi dal momento del concepimento, per mantenere la salute ed il benessere; benessere inteso con quel miglior equilibrio psico-fisico conseguibile ottenendo un più brillante rendimento nelle proprie attività ludiche, relazionali, professionali.

Ed è proprio la conservazione del miglior stato di salute possibile, inteso come qualità di vita, che potrebbe essere considerata la grande sfida di tutti gli esseri umani che hanno raggiunto la terza età in buona salute quindi esenti da patologie dismetaboliche e/o cardiovascolari.

È innegabile che un'alimentazione sana, ricca ed equilibrata sia solo una parte, un aspetto di una più multiforme ed articolata igiene di vita volta alla miglior conservazione possibile del proprio stato di salute, ma è sicuramente una parte di grande peso e rilevanza. È noto come un'alimentazione squilibrata favorisca l'insorgere di un certo numero di patologie degenerative destinate ad aggravarsi con il progredire dell'età.

Molto spesso, sotto l'azione spesso disinformativa dei mass-media, si è confuso anche in termini linguistici e semantici le parole alimentazione e nutrizione con quella di dieta.

È stato così che frequentemente la "dieta" è stata vista, principalmente dalle generazioni più giovani, come un'imposizione, una coercizione evocante sofferenze e rinuncie e perché no anche come un qualcosa di vagamente esoterico attraverso il quale conseguire un modello di bellezza del corpo, della propria figura, spesso astratta, peraltro proposta da altri ma che potesse appagare le proprie inconsce aspirazioni di rendersi esteriormente gradevoli, accettati dal gruppo, raggiungendo una perfezione di forme non proprie del singolo soggetto.

Inoltre in tale confusione di concetti e "vero oscurantismo scientifico", si è ar-

bitrariamente attribuito a questo o quell'alimento capacità terapeutiche quasi "taumaturgiche" o nocività intrinseche invece di correlarle esclusivamente alla quantità o alla frequenza di consumo.

Il buono stato di salute dei tutti i cittadini dipende - a parte altri importanti fattori di natura igienica - anche dall'alimentazione ed è per tale motivo che gli Enti preposti (Ministeri, Regioni, Comuni) devono farsi carico anche di fornire quelle notizie che consentano loro di nutrirsi razionalmente. L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana dice, infatti, che "*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto del cittadino e interesse della collettività*". Per tale motivo l'educazione alimentare, come l'istruzione, è uno dei compiti preminenti di uno Stato moderno: alimentazione e salute costituiscono, quindi, un insieme inseparabile.

Cominciamo invece a dare un senso corretto ed univoco a parole spesso usate per parlare di cibi:

- **alimentazione:** tutti i cibi che vengono ingeriti crudi o cotti, da soli o associati come pietanza.
- **nutrizione:** tutti quei processi fisio-metabolici legati alla digestione, all'assorbimento e alla metabolizzazione dei cibi di cui ci si è alimentati.
- **dieta:** un'imposizione, una coercizione nella scelta della quantità e della qualità degli alimenti da assumere, quale indispensabile misura unica o a complemento di una contemporanea terapia farmacologica in presenza di una o più patologie dismetaboliche e/o cardiovascolari.

In queste righe tratteremo di alimentazione e nutrizione, facendo quindi riferimento all'aspetto fisiologico della nutrizione umana, inteso come consiglio di quella razione alimentare quotidiana capace di soddisfare quali-quantitativamente i fabbisogni di equilibrio metabolico.

Occorre considerare anche un aspetto più tipicamente comportamentale. La popolazione destinataria del presente scritto arriva ai 60 e più anni con un suo vissuto comportamentale-alimentare ormai lungamente consolidato nel costume della sua alimentazione quotidiana ed in mancanza di una reale e convinta adesione ad un congruo modello alimentare sarà ben difficile mutare alcunché delle abitudini sino ad allora praticate. Certo non sarà più possibile recuperare gli abusi di ieri con le restrizioni di oggi ma solo con l'equilibrio di un corretto modello alimentare.

Ma se nell'arco dell'intera esistenza è stato sempre opportuno perseguire un modello alimentare corretto in termini quali-quantitativi ancor più lo è oltre i 60 anni, quando diviene preponderante la necessità della prevenzione del decremento metabolico legato all'invecchiamento, considerando che tale modello deve soddisfare, entro certi limiti anche l'aspetto conviviale, o se vogliamo più squisitamente edonistico, quale "corroborante" psicologico dell'alimentazione pura e semplice.

"Mangiare allegramente sembra essere una caratteristica che può mancare nell'alimentazione dell'anziano, risentendo di una generale tristezza, quasi una perdita di interesse per se stesso".

Infatti mangiare "allegramente" sembra essere una caratteristica che può mancare dall'alimentazione dell'anziano, in un quadro di disinteresse risentendo di una generale tristezza, abbandono e ripetitività che ritroviamo in una più scarsa cura nel confezionamento dei cibi, talora inappetenza, quasi una perdita d'interesse per l'ambiente, gli altri, quindi per se stesso.

Per definire però dei fabbisogni reali quali-quantitativi e per il soddisfacimento degli stessi dobbiamo improntare la nostra educazione alimentare e rendere particolarmente coscienti le nostre scelte rammentando in forma di piccolo memento degli elementi spiccioli di fisiologia della nutrizione umana e di chimica degli alimenti.

Infatti, al di là delle tabelle e dei numeri a cui la disciplina della Scienza dell'Alimentazione si è poggiata per assurgere al rango di vera e propria scienza, alcune considerazioni ovvie ma a carattere generale non possono assolutamente essere omesse.

Alimentazione: un mondo da riscoprire

Tutti gli esseri viventi che popolano la Terra, per nascere, crescere, moltiplicarsi, insomma vivere, debbono soddisfare un bisogno primario: nutrirsi.

Se ci riferiamo in particolare agli uomini, dobbiamo constatare che, purtroppo, oltre la metà della popolazione mondiale non ha sufficiente disponibilità di cibo atto a garantire un soddisfacente stato di salute.

Al contrario vi sono nazioni che dispongono di cibo in quantità ben superiori ai loro fabbisogni, ma mangiar bene è una scienza ed è falso credere che un'alimentazione eccedente i fabbisogni nutritivi costituisca una buona norma igienica.

Occorre, infatti, nutrirsi secondo regole determinate, che gli studiosi di Scienza dell'Alimentazione hanno ben inquadrato e che cercheremo di riassumere riferendole specificatamente ai fabbisogni della terza età. Oggi il problema centrale dell'alimentazione è prevalentemente qualitativo: quindi, saper scegliere fra un'alimentazione sbagliata o corretta. Sappiamo anche che una corretta alimentazione consente di avvicinarsi alla lunghezza di vita prevista dal nostro codice genetico, che è di 100 anni per la nostra specie.

Alimentazione e nutrizione dell'uomo: a tu per tu con i principi fondamentali della nutrizione umana

È chiaro che gli alimenti, cioè le sostanze di cui gli uomini si cibano, sono quelle fonti da cui trarre l'energia chimica che consente il proseguimento della vita così come la conosciamo, per il tramite di principi elementari o nutrienti – a cui si da il nome anche di principi nutritivi – che esplicano essenzialmente tre funzioni:

• **funzione energetica:** perché forniscono all'organismo l'energia per soddisfare il dispendio metabolico di base e le diverse attività fisiche (prevalentemente zuccheri e grassi);

• **funzione costruttiva, ricostruttiva e plastica:** perché apportano il materiale necessario per la formazione dei tessuti che formano il nostro corpo (prevalentemente proteine);

• **funzione protettiva:** perché permettono all'organismo di regolare i processi biologici che rendono equilibrata e normale la vita (vitamine, sali minerali).

La popolazione interessata è ampia e varia. Alcuni anziani in funzione della noia, della solitudine o per la mancanza di risorse economiche tendono a sottoalimentarsi; altri usano della gola come fenomeno compensatore di deficit malvissuti.

Ma in riferimento ad un anziano sano, dobbiamo solo fare in modo che l'alimentazione si adatti ai diversi livelli di attività fisica.

Se comunque non vi sono problemi particolari, bisognerà continuare a mangiare, in termini qualitativi, di tutto come gli adulti più giovani ed in servizio, evitando inutili restrizioni alimentari autoimposte.

Energia e metabolismo basale

L'energia fornita dagli alimenti si misura in Calorie ed ogni lavoro, per essere svolto, richiede un numero di Calorie ben determinato. Molte funzioni fisiologiche subiscono un decremento con l'avanzare degli anni, influendo in modo proporzionale sulle necessità nutrizionali.

Fra i 20 e i 90 anni le necessità energetiche legate al fabbisogno metabolico di base si riducono di circa il 20%, come pure il livello di attività fisica, la massima capacità respiratoria. A questi sostanziali cambiamenti si deve ovviamente adeguare la razione alimentare.

Naturalmente ben diversa è l'energia richiesta per compiere un lavoro pesante, difficilmente ipotizzabile durante la terza età, rispetto a quella richiesta per un lavoro leggero. È comunque assolutamente sbagliato sovralimentare un anziano con lo scopo di nutrirlo per riparare alle perdite di tessuti, non tenendo conto del diminuito livello di attività fisica, come è sbagliato sottoalimentarlo, ritenendo che debba mangiare poco per non affaticare le sue capacità digestive

Le calorie necessarie comprendono sia quelle dovute al livello di attività fisica e, cioè, al lavoro svolto, al mantenimento della temperatura corporea in ambienti caldi o freddi, ecc., sia al metabolismo basale, inteso come la quota di energia necessaria allo svolgimento delle funzioni vitali (respirazione, peristalsi, mantenimento della temperatura corporea nello stato di neutralità termica ecc.).

Il consumo energetico minimo indispensabile va quindi misurato allorché la

persona si trovi in stato di quiete assoluta (riposo intenzionale), di digiuno e di neutralità termica.

Non è compito del presente lavoro entrare nel merito dei fenomeni che presiedono all'invecchiamento, ma dobbiamo constatare un complessivo decremento di tutte le funzioni vitali, quindi anche di quelle legate alla produzione ed al dispendio di energia.

Dalla media ricavata da 24 diverse pubblicazioni possiamo affermare che, misurando i valori standard di metabolismo basale nell'arco della vita, su 4016 determinazioni balza evidente che il decremento del mb misurato in Kcal h-1 m-2 è il seguente:

a 03 anni 51,3	a 40 anni 34,9	
a 10 anni 42,5	a 50 anni 33,9	
a 20 anni 35,3	a 60 anni 32,7	
a 30 anni 35,2	a 70 anni 31,7	oltre 75 anni 31,3

Il decremento del metabolismo basale (sommatoria dei metabolismi proteico, glucidico, lipidico) sembra essere dovuto a molteplici fattori: ridotta capacità respiratoria, ridotta capacità vitale e, ultima ma non ultima per importanza, la variazione di composizione corporea.

Effettivamente, a parità di peso corporeo, con l'età, dai 25 ai 70 anni, cambia sostanzialmente la composizione corporea nel senso di un decremento dell'acqua (dal 61 al 53% rappresentativo della perdita di idratazione e dei tessuti magri e muscolari), del tessuto osseo (dal 6 al 5%), di cell solids (dal 19 al 12%) ed un incremento del tessuto adiposo (dal 14 al 30%).

Sembra pertanto evidente che un diminuito fabbisogno del metabolismo basale, una ridotta attività fisica debba condurre un diminuito introito complessivo di cibi.

L'apporto energetico consigliato nei soggetti normopeso può essere così riassunto:

	M	F
fino a 75 anni	cal 1800 - 2000(se attivi)	cal 1500 - 1700(attive)
oltre i 75 anni	cal 1600 - 1800(se attivi)	cal 1450 - 1650(attive)

Tale affermazione però non deve essere assunta *sic et simpliciter*, in quanto in tal modo si va a considerare solo un aspetto meramente quantitativo. A nessuno sfugge che si possono fornire 500 cal con una certa quantità di panna o con una certa quantità di carni rosse.

Parleremmo sempre di 500 calorie ma di composizione qualitativa completamente diversa.

Metabolismo degli zuccheri e dei grassi

Ma quali elementi ci forniscono energia? Essenzialmente i glicidi ed i lipidi, meglio conosciuti come zuccheri e grassi.

È noto fin dal 1920 che con il progredire dell'età si va instaurando una ridotta tolleranza all'assunzione di alimenti zuccherini con il progressivo innalzarsi fisiologico della glicemia.

La modificazione del metabolismo dei glicidi viene quindi considerata un "fatto" inequivocabilmente correlato all'invecchiamento anche se non ne è ancora del tutto chiaro il significato. Inoltre tenendo conto dell'aumentata quantità di tessuto adiposo, causa di resistenza all'azione dell'insulina, l'opportunità del mantenimento del normopeso diventa un obiettivo di primaria importanza nell'anziano. A questo punto l'assunzione con l'alimentazione di zuccheri ed un congruo livello di attività fisica contribuiscono a mantenere un equilibrio per molti versi fine e delicato, in quanto costituisce errore sia una forte restrizione calorica che potrebbe produrre una maggiore intolleranza agli zuccheri sia un eccessivo apporto calorico, fattore predisponente all'insorgenza del diabete. Infatti la minor prevalenza del diabete in popolazioni rurali rispetto a quelle cittadine depone a favore della conservazione di una sia pure moderata attività fisica che insieme al controllo del peso contribuisce ad evitare l'insorgenza di disordini del metabolismo del glucosio.

Tuttavia nei limiti di una situazione di non diabete conclamato può essere un errore ridurre l'apporto di zuccheri dalla propria alimentazione al di sotto del 50-60% della razione calorica totale. Infatti questa quota percentuale di zuccheri, anche se riduce quella delle proteine e dei grassi, sembra essere la più razionale in quanto:

- è la proporzione ideale per aumentare la sensibilità dei tessuti all'azione dell'insulina migliorando la tolleranza agli zuccheri;
- è opportuno ridurre i grassi, particolarmente quelli saturi, in quanto la risposta dell'insulina è sensibile in primo luogo all'apporto calorico totale, poi a quello del singolo principio nutritivo;
- un'alimentazione nell'anziano povera di grassi saturi è fortemente raccomandata per prevenire l'insorgenza di complicanze quali la cardiopatia ischemica.

L'energia apportata infatti dai glicidi è un'energia "pulita", di pronta utilizzazione

per il soddisfacimento energetico di tutte le attività sia metaboliche che lavorative.

Ultima raccomandazione, ma non ultima per importanza, è quella di preferire gli zuccheri complessi e ricchi in fibre (riso, patate...) e di ridurre gli zuccheri semplici (dolciumi, zucchero). L'uso quotidiano di zuccheri complessi, caratterizzati da un più lento assorbimento, pur fornendo l'energia di tutti i carboidrati, diminuisce in modo significativo il pur fisiologico innalzamento della glicemia postprandiale.

Ma allora quali sono le caratteristiche nutrizionali dei principali alimenti a base di zuccheri che, attraverso processi di natura biochimica ed enzimatica, danno all'organismo energia subito utilizzabile:

• ***il frumento***, alimento fondamentale di buona parte del genere umano sia perché vegeta nei climi più disparati, sia perché la sua coltivazione non richiede tecniche particolarmente difficili. Esso costituisce la materia prima per una serie di prodotti di larghissimo consumo (pane, pasta, focacce, biscotti, ecc.). Il frumento contiene essenzialmente una sostanza energetica (l'amido), ma è ricco anche di altri principi nutritivi (proteine, sali minerali, vitamine) che lo rendono un tesoro nutrizionale.

Vi sono due tipi principali di frumento, che differiscono sensibilmente sia per i caratteri fisici, sia per la composizione chimica: quello duro adoperato per preparare le paste alimentari e quello tenero per il pane. Tali procedimenti sono possibili - essenzialmente - per la presenza nel frumento di una particolare proteina detta glutine.

Il pane bianco che si trova in commercio è privo di crusca e con scarso corredo vitaminico e minerale rispetto a quello nero o integrale, ricco di crusca, ma meno digeribile.

Il consumo di pane e di pasta è utile e necessario perché apporta una notevole quantità di energia all'organismo; gradevole perché il gran numero di tipi di pane e di pasta esistente in commercio consente di variare opportunamente il proprio vitto quotidiano.

Un buon piatto di pasta, anche piccolo, da consumarsi a pranzo, è un ottimo alimento che non dovrebbe mai mancare nell'alimentazione. Bisogna anche tener presente che un consumo moderato di pane e di pasta non fa ingrassare, ma anzi contribuisce a mantenere i metabolismi in perfetta efficienza;

• ***il riso***, conosciuto fin dall'età preistorica, è il cereale più largamente consumato nel mondo, in particolare nel continente asiatico ove rappresenta, anche ai nostri giorni, la componente principale dell'alimentazione.

Il riso prodotto nel nostro Paese è tra i migliori del mondo: un alimento leggero, nutriente e facilmente digeribile che dovrebbe essere consumato largamente dagli anziani. Inoltre, fortemente energetico per la sua ricchezza di amido.

• ***il mais,*** detto anche granoturco, è un cereale ricco di grassi insaturi, largamente coltivato in molta parte del mondo ed anche in Italia; i chicchi di granoturco vengono macinati per farne una farina con la quale si confezionano focacce e si prepara la polenta.

• ***la patata,*** è un alimento energetico, ricco di potassio, con elevato valore nutritivo. Potendo essere preparata in mille modi, consente di confezionare piatti gustosi e nutrienti.

• ***lo zucchero:*** energetico per eccellenza, attraverso complessi procedimenti industriali si ricava, in Italia, dalla barbabietola da zucchero. Viene assunto con gli alimenti dolcificati (latte, caffè, te, cacao, dolciumi, gelati) e con la frutta.

Altro alimento ricco di zuccheri è il miele, prodotto dalle api. È il più antico dolcificante adoperato dall'uomo, molto usato dai Romani che non conoscevano lo zucchero. È il dolcificante naturale maggiormente raccomandato per le sue caratteristiche di più lenta assimilazione rispetto allo zucchero.

• ***i dolciumi e le marmellate:*** lo zucchero e il miele, insieme alla farina di frumento ed altri ingredienti, sono alla base di moltissimi dolciumi: questi, in quantità non eccessive, possono essere saltuariamente presenti anche nell'alimentazione dell'anziano.

In ogni caso non è opportuno ingerire alimenti ricchi di zucchero o pane e pasta in quantità eccessive perché, questi, attraverso processi biochimici, qualora non utilizzati come fonte energetica, possono trasformarsi in grassi, incrementando il peso corporeo e causando una minore tolleranza agli zuccheri stessi.

Di particolare interesse nell'alimentazione umana sono i grassi, alimenti a contenuto energetico più che doppio rispetto agli zuccheri e presenti, oltre che nei depositi di accumulo come il tessuto adiposo, in tutte le strutture cellulari più delicate come le membrane. La variazione del metabolismo dei grassi sembra essere uno dei maggiori responsabili del fenomeno dell'invecchiamento. I grassi sono stati fra i principi nutritivi forse i più largamente demonizzati, in quanto ritenuti responsabili dell'insorgenza del rischio aterosclerotico. Ma ad una visione più obiettiva non esiste alcun alimento grasso che debba essere assolutamente proscritto dall'alimentazione di un anziano sano. È vero che con l'invecchiamento i valori ematici di colesterolo tendono ad aumentare come è pure vero che le popolazioni in cui è ottimale l'assetto del metabolismo lipidico, hanno un'aspettativa media di vita superiore di ben 10 anni.

Sono stati condotti studi per lungo tempo e su grandi popolazioni di individui proprio per verificare l'aspettativa di vita e il minor rischio di malattie in funzione dei lipidi ematici (Test di Framingham, Seven Countries Studies, Test di Brisighella). In conclusione, possiamo dire che i grassi debbono far parte della comune alimentazio-

ne dell'anziano sano nella proporzione del 25% delle calorie totali giornaliere.

Però è sicuramente più importante l'aspetto qualitativo che quantitativo. La principale raccomandazione deve essere rivolta ad una drastica limitazione dei grassi saturi, quelli animali, in considerazione che essi sono già largamente presenti, in forma più o meno visibile, negli alimenti proteici animali (carni rosse, frattaglie, tuorlo d'uovo, latte di vacca intero, burro, latticini e formaggi), ed ad un incremento dei grassi vegetali (olii).

In particolare i formaggi, che potremmo definire il risultato commestibile di un metodo di conservazione del latte, danno un apporto dal 30 al 70% di grassi per 100g di alimento.

I grassi saturi sembrano essere i principali responsabili del rischio aterosclerotico e dell'invecchiamento delle membrane cellulari, essendo causa della loro minore permeabilità e maggiore rigidità. D'altronde sono i grassi maggiormente resistenti alla degradazione da cottura.

Invece, i grassi d'origine vegetale risultano essere maggiormente adatti ad opporsi "all'invecchiamento lipidico" oltre ad essere ricchi di acidi grassi essenziali. Questi sono da introdurre necessariamente con l'alimentazione, data l'incapacità dell'uomo a sintetizzarli.

Sintetizzando:

- i grassi e gli olii per il loro apporto energetico (più che doppio a parità di peso di quello degli zuccheri e delle sostanze proteiche) rappresentano un vero e proprio concentrato di energia;
- quasi tutti i cibi contengono in misura più o meno elevata questi preziosi nutrienti che provengono dal mondo animale e vegetale;
- i grassi e gli olii sono indispensabili perché contengono alcuni composti detti acidi grassi essenziali che non possono mancare in una sana alimentazione;
- i grassi e gli olii devono essere consumati in quantità ridotta perché un eccesso di grassi causa obesità ed altre patologie dismetaboliche e cardiovascolari;
- tra grassi ed olii non esistono grosse differenze dal punto di vista chimico. La distinzione è piuttosto merceologica: i grassi sono solidi a temperatura ambiente, mentre gli olii sono liquidi. Quando si parla di grassi, in generale ci si riferisce sia ai grassi propriamente detti, sia agli olii;
- i grassi di origine animale sono presenti in alimenti quali carne, latte, uova. Due tipi di tali alimenti contengono principi nutritivi in quantità elevatissime: la sugna ed il burro;
- i grassi di origine vegetale (olii) sono preferibili, sotto il profilo alimentare, a quelli di origine animale.

L'industria moderna estrae dai semi di moltissime piante (mais, girasole, arachidi, ecc.) olii commestibili che vengono adoperati largamente nella preparazione dei cibi e per fritture.

L'unico olio alimentare che è possibile ottenere allo stato puro per semplice spremitura è quello d'oliva. È ben digeribile, può venire assorbito dall'intestino meglio di qualsiasi altro olio ed apporta all'organismo energia ed acidi grassi essenziali.

Per il suo sapore gradevole costituisce il più apprezzato condimento delle vivande; anche per la preparazione di fritture l'olio d'oliva è da preferire a tutti gli altri. Tra i grassi vegetali è il più pregiato e non deve mai mancare nella misura 1-3 cucchiai da tavola al giorno.

Metabolismo delle proteine

Le proteine sono essenziali per lo svolgimento di numerose attività biologiche e poiché sono il costituente fondamentale delle masse muscolari, entrano a far parte delle membrane cellulari e dello scheletro. Le proteine non possono essere accumulate ma sono sottoposte ad un continuo ricambio: assunzione con i cibi, digestione, assimilazione, sintesi di nuove proteine, demolizione di vecchie e resintesi di nuove. È pertanto essenziale assumere con i cibi, giornalmente, la quantità di proteine sufficienti a mantenere un equilibrio fra quelle distrutte e le nuove risintetizzate. Il fabbisogno proteico di un bimbo di 2 mesi, in veloce accrescimento, è di g 2,2/kg di peso/giorno. In un adulto è di g 0,9/kg/giorno.

In un anziano, tenendo conto che dovremo solo garantire il mantenimento delle strutture proteiche così come esse sono, è raccomandabile un apporto di g 0,7-0,8/kg/giorno. Personalmente ritengo invece che un anziano sano, non affetto da alcun problema renale, possa alimentarsi con un lievissimo eccesso di proteine ascrivibile a circa g 1,1/kg/giorno al fine di garantire un congruo apporto di aminoacidi essenziali, unità elementari delle proteine, in carenza dei quali la sintesi delle nuove proteine risulta sempre più difficoltosa.

Vi sono alimenti che contengono notevoli quantità di proteine che, come già detto, sono i principali costituenti delle masse muscolari dell'organismo. Per tale motivo, sono dette sostanze alimentari con funzione plastica.

Alcune proteine, a loro volta, sono formate da piccole unità elementari: gli aminoacidi, alcuni dei quali non possono essere formati nell'organismo e devono essere introdotti con gli alimenti. Questi aminoacidi sono detti essenziali.

Il frumento, il riso e tutti gli altri vegetali, pur avendo un discreto corredo proteico, non contengono tali preziose sostanze o le contengono in minima quantità, mentre gli alimenti di origine animale (carne, latte, pesce, formaggi, uova) ne so-

no ricchi. Quindi, una nutrizione corretta deve comprendere alimenti di origine sia vegetale che animale.

Quali sono i principali alimenti ricchi di proteine?

• ***la carne***: un'alimentazione equilibrata non può fare a meno di essa. Il nostro Paese non ne produce in quantità tale da soddisfare la richiesta dei consumatori sicché dobbiamo importarne dall'estero e ciò comporta una spesa notevole.

Occorre, però, sapere che il consumo non deve limitarsi alla carne bovina ma può estendersi a carni di altra origine (dette appunto carni alternative) come suino, pollo, coniglio. Esse possono sopperire ai fabbisogni alimentari della popolazione perché la composizione chimica non differisce di molto fra loro e perché consentono di variare la dieta con pietanze assai gustose.

Anche le frattaglie (reni, fegato, polmoni, trippa) rappresentano una fonte importante di proteine, sia pure di consumo più occasionale per l'alto contenuto in colesterolo.

Anche la carne congelata è un ottimo alimento essendo il valore nutritivo e la digeribilità pari a quelli della carne fresca, ad un prezzo nettamente inferiore.

• ***i prodotti della pesca***: forniscono all'uomo grandi quantità di proteine nobili. La qualità degli acidi grassi del pesce è tale da ridurre l'insorgenza di patologie cardiovascolari. È pertanto particolarmente raccomandabile incrementare l'uso del pesce, intendendo tutti i prodotti della pesca marina, lacustre e fluviale ma anche molluschi e crostacei, almeno 2 volte alla settimana.

Conservato sia con il calore, sia con il freddo, il pesce resta un alimento di alto valore nutritivo. Addirittura si può dire che quello surgelato è il più fresco e più economico presente sui mercati

Il pesce, particolarmente quello con basso contenuto in grasso (orata, dentice, sogliola, spigola, merluzzo), è alimento ideale per gli anziani nonché per gli ammalati e per i convalescenti in relazione alla sua facile digeribilità.

• ***il latte ed i suoi derivati***: per tutti i mammiferi, e quindi anche per l'uomo il latte è l'alimento che fornisce il nutrimento e l'energia vitale nei primi tempi dopo la nascita. Esso, deve essere consumato anche dagli anziani. In particolare, latte di vacca parzialmente scremato (1,8% in grassi). Contiene oltre alle proteine nobili un vasto gruppo di sostanze energetiche (zuccheri e grassi), vitamine e sali minerali.

Gli anziani, dovrebbero berne almeno mezzo litro al giorno per completare in modo ottimale l'apporto di proteine, zuccheri, grassi, vitamine, sali minerali nella razione alimentare quotidiana. Una interessante variante é rappresentata dal prodotto della fermentazione acida dello zucchero del latte: lo yogurth.

Oltre alle caratteristiche nutrizionali del latte dobbiamo considerare l'azione assolutamente benefica e riequilibratrice sulla flora batterica responsabile della produzione di vitamine del gruppo B.

Il latte é anche la materia prima per molti tipi di gelati ma i più importanti suoi derivati sono i formaggi. I formaggi possono essere considerati come buoni integratori di razioni alimentari con scarso contenuto di calcio e di proteine e capaci di completare vantaggiosamente la dieta quando essa risulta povera di carne, di pesce, di latte, di uova.

Occorre anche tenere presente che i formaggi a lunga stagionatura come il parmigiano sono più digeribili di quelli a stagionatura breve come la mozzarella. Anche la ricotta, le cui proteine sono più semplici di quelle dei formaggi, è un alimento nutriente e facilmente digeribile.

Tuttavia il loro consumo dovrà essere limitato a causa della grande percentuale di grassi animali in essi contenuti (1 volta di settimana).

• ***l'uovo*:** grandissima è la sua importanza quale alimento di alto valore nutritivo.

Oggi si sa che esso è ricco di proteine nobili (la proteina dell'uovo è la proteina di riferimento per la qualità di tutte le altre) e di altre sostanze che lo rendono un cibo prezioso. Le proteine si trovano particolarmente nell'albume e la loro utilizzazione è legata ai processi di cottura al quale l'uovo viene sottoposto. Si credeva in passato che il consumo di uova arrecasse danni al fegato ma ora si sa che, se non si eccede nel consumo, ciò non è vero tanto che i nutrizionisti ne raccomandano l'uso anche agli anziani. Unica limitazione può essere data dall'elevato consumo di colesterolo del tuorlo.

• ***i legumi*:** sono ricchi di proteine e scarsi in lipidi. Essi, erano detti anche "la carne dei poveri" per il loro elevato contenuto in proteine (anche se meno pregiate di quelle d'origine animale perché carenti di alcuni aminoacidi essenziali) ma sono da considerarsi anche alimenti energetici in relazione al loro alto tenore glucidico.

Gli alimenti protettivi

Ancora, vi sono alimenti vegetali, molto diffusi, assai importanti per il loro contenuto in sali minerali ed in vitamine, sostanze che, pur non fornendo energia, hanno la funzione principale di regolare i processi vitali dell'organismo, di difenderlo dalle infezioni e di mantenerlo sano. Tali alimenti, detti protettivi, possono essere suddivisi in due gruppi principali:

• ***gli ortaggi verdi, gialli e la frutta a polpa*,** come bietole, broccoli, cavolfiori, verze, cicoria, spinaci, lattuga, fagiolini, piselli freschi, zucchine, albicocche, pere, mele, pesche, ecc. Sono tutti alimenti che apportano notevoli quantità di al-

cune vitamine e molti sali minerali (calcio, fosforo, ferro). Essendo poveri di proteine, di zuccheri e di grassi hanno un basso potere energetico.

• ***gli agrumi*** (arance, limoni, mandarini, cedri, pompelmi), ***i pomodori, le fragole*:** sono molto ricchi di vitamina C, oltre che di sostanze minerali. Preziosi e ristoratori, tali alimenti contribuiscono, tra l'altro, a mantenere sane le gengive e fresca e morbida la pelle.

Gli agrumi sono gustosi e dissetanti e si prestano alla preparazione di succhi, di confetture, di marmellate. Hanno il pregio di essere disponibili quasi tutto l'anno.

Ortaggi e frutta sono consigliati ai consumatori di tutte le età, ma risultano particolarmente utili per gli anziani. Due arance al giorno assicurano la quantità consigliata di vitamina C.

La verdura e la frutta (ed anche i legumi) contengono molta cellulosa. È questa una sostanza costituita da fibra che passa indigerita nell'organismo esplicando, l'importante funzione di prevenire la stipsi, liberandolo dalle scorie che in esso vanno accumulandosi.

Sembra opportuno, a questo punto, fornire alcuni consigli:

- assumere i pasti – che devono risultare ben preparati e graditi – ogni giorno alla stessa ora;
- mangiare senza fretta, in ambiente sereno, e masticare bene il cibo;
- evitare gli alimenti pesanti ed abbondanti;
- cercare di non parlare, a tavola, di argomenti che possono suscitare tensioni emotive;
- alternare opportunamente le sostanze proteiche come la carne e il pesce, alimenti che dovrebbero essere consumati di preferenza bolliti o ai ferri per la loro migliore digeribilità;
- evitare le fritture che risultano sempre poco assimilabili e che possono contenere derivati dannosi degli olii cotti;
- far controllare periodicamente dal dentista l'apparato masticatorio.

Bevande

L'uomo adulto ha bisogno di un paio di litri di acqua al giorno per sopperire alle perdite che l'organismo subisce in quantità variabile secondo il tipo di lavoro, il clima, ecc. Oltre all'acqua da bere è da considerare anche l'acqua contenuta in al-

tri liquidi (latte, te, caffè, cacao, bibite varie) nonché quella contenuta nella frutta, negli ortaggi e negli alimenti.

Dell'organismo animale l'acqua è il principale costituente e per questo riveste un ruolo insostituibile. È un ottimo solvente delle sostanze e un ottimo vettore fisiologico. Ciò la rende particolarmente idonea alla regolazione dei processi biologici ed al mantenimento della temperatura corporea. Essa veicola i principi alimentari e favorisce l'azione degli enzimi e dei succhi intestinali che, per agire nella migliore condizione, hanno bisogno di una forte idratazione. Attraverso l'urina e il sudore l'acqua contribuisce alla depurazione dell'organismo.

Fra le bevande vi è il vino che, se in piccole dosi, può far parte dell'alimentazione degli adulti sani.

Un cenno a parte meritano la birra e gli alimenti nervini. La prima, per la sua bassa gradazione alcolica, può essere consumata in quantità modesta durante il pranzo, i secondi (caffè, te, cacao) contengono alcuni alcaloidi che permettono all'organismo di reagire alla stanchezza fisica e mentale e facilitano la deglutizione e la diuresi.

PARTE TERZA

del Generale C.A. psicologo Cesare Passeri,
Coordinatore onorario del Servizio di Psicologia
del Policlinico Militare di Roma

RIFLESSIONI SU ESPERIENZE VISSUTE NELLA TERZA ETÀ

Ho conseguito la laurea in psicologia clinica nel grado di Generale di Brigata in servizio permanente, all'età di 58 anni. Successivamente mi sono specializzato in psicologia dinamica, psicoterapia e igiene mentale.

Nella tesi di laurea ho trattato oltre gli aspetti clinici, anche la costituzione di un Centro Psicosociologico delle Forze Armate per il quale tuttora sto lavorando.

Dal 1981 presto servizio presso il Policlinico Militare di Roma quale Coordinatore Onorario del servizio psicologico.

Questo breve curriculum per preavvisare i lettori che quanto di seguito esposto è una pratica ed esperimentata indicazione di come sia possibile invecchiare o meglio "*crescere da vecchi*", senza enfatizzare o porsi a modello, ma semplicemente non cadere in pseudo-involuzioni e deleteri avvilimenti dovuti all'età.

La senescenza (non la *senilità* che è uno stato patologico che non tratterò in questo elaborato) è una naturale conseguenza di un addivenire della esistenza umana, che, se attentamente gestita, può protrarsi proficuamente e con grandi soddisfazioni sino alla naturale conclusione del corso vitale.

Il primo e più importante punto è quello di *pensare in tempo al momento in cui si dovrà lasciare il servizio attivo.*

Sembra una cosa ovvia, ma pochi ci pensano seriamente. Ci si ripropone di fare qualcosa, ma poi si rimanda, si rimanda e quando si giunge al traguardo ci si guarda in giro sgomenti e si cade in depressione.

Il tempo scorre veloce e, purtroppo, l'ambiente sempre premuroso e zelante che circonda chi ha raggiunto un livello di carriera più o meno elevato, fa cadere in una specie di torpore narcisistico. Per cui subentra in chi deve subire l'affronto di lasciare il servizio, una specie di "rifiuto psicologico" all'evento di "*non contare più nulla*" da un giorno all'altro.

Si instaura quindi nel nostro "Io" una sorta di stolto compromesso, scotomizzando ciò che invece è immanente ed angosciante.

Quando questo accade – ed è per i più – si subisce un tale trauma che insorgono di colpo disturbi, veri o presunti, fisici o psichici, per cui tutto appare catastro-

fico ed ingigantito da fattori che sono influenzati dalla scomparsa di un modo di vivere circondato per lo più da ossequi e da "poteri di comando" che improvvisamente non esistono più.

Non credo affatto a chi dice *non vedo l'ora di andarmene.* Questo potrà essere valido (solo in parte) i primi tempi. Ma poco dopo incominciano i richiami dell'abitudine, del sentirsi qualcuno, dei luoghi di lavoro, delle persone alle quali si è legati da anni ed anni di attività.

Cosa fare allora?

Per coloro che non hanno pensato per tempo ad impegnare ed impiegare le proprie esperienze, suggerisco alcuni rimedi che potrebbero aiutare a sentirsi rinfrancati.

Ci chiede un famoso psicologo, Carl Rogers: "*cosa si prova ad essere settantacinquenne?*"

Non sappiamo subito cosa rispondere, perchè ci manca la consapevolezza dell'età e delle potenzialità ancora collegate ad una certa *crescita.* Non è la stessa cosa che avere cinquantacinque anni, o trentacinque, e tuttavia le differenze non sono così grandi come forse voi immaginate.

Mi auguro che queste mie osservazioni possano essere di qualche uso o avere significato per qualche altro. Questo sarebbe per me di grande soddisfazione ed è per questo che mi appresto a redigere alcune percezioni, reazioni ed esperienze.

Ho deciso di limitarmi alla decade che va dai 65 ai 75 anni, poichè il limite dei 65 anni contrassegna per molte persone la fine della vita produttiva e l'inizio della *pensione* con tutto ciò che questo significa.

Questi i punti che prenderò in esame:

- cura di sè stessi;
- serenità:
- apertura alle nuove idee;
- intimità;
- gioie personali e difficoltà;
- pensieri sulla morte.

Cura di sè stessi - Prima cosa: non lasciarsi mai andare esteticamente. Curare il vestirsi, la propria persona; non rifuggendo da cure termali, idropiniche, massaggi.

Bandire i complessi del dire o pensare: "*ma ormai sono vecchio! È ridicolo ...*"

Basta non eccedere.

L'eleganza sobria ed appropriata è sempre oggetto di ammirazione in chi ci os-

serva. Si rifletta sulle donne, famose e non, che a 60 anni sono ancora splendide.

Assecondare con costanza e moderazione qualche sport leggero. Camminare, quando e come possibile. Fermarsi quando si è stanchi.

Bisogna esser capaci di chiedere aiuto. Chiedere agli altri di portare le cose per se stessi, di fare qualcosa per se stessi, anzichè dare dimostrazioni di essere capaci da soli. Non essere pessimisti nel pensare che il prossimo sia fatto di soli egoisti e maleducati.

Collaborare in famiglia per rigovernare la casa specie se la propria moglie è malata o stanca.

Non è facile distaccarsi dagli altri, ma è necessario essere consapevoli del fatto che non si può affrontare ogni cosa da soli. In modi diversi, svolgere un'attività migliora nell'apprezzarsi e prendersi cura di quella persona che è se stesso.

Serenità - Si dice o si ritiene spesso che gli anni della vecchiaia siano anni di calma e di serenità. Ho scoperto quanto sia fuorviante questo luogo comune.

Credo di avere una prospettiva più profonda sugli avvenimenti che sono esterni a me e pertanto sono spesso un osservatore più obiettivo di quanto lo fossi un tempo.

Non di meno, in contrasto con tutto ciò, gli eventi che mi toccano personalmente non di rado attivano una reazione più vivace di quanto non accadesse alcuni anni fa.

Apertura alle nuove idee - Nel corso di questi anni sono stato, mi sembra, più aperto alle nuove idee. Le più importanti risiedono nello spazio interiore, nel regno cioè delle forze psicologiche e delle capacità psichiche della persona umana.

Gli esseri umani hanno potenzialmente a disposizione una gamma formidabile di poteri intuitivi.

Letture, esperienze e conversazioni con coloro che sperano in questi cambi hanno cambiato le mie idee.

Stiamo imparando quanto tristemente abbiamo trascurato sulle possibilità dell'irrazionale, della creatività della mente metaforica comune con le funzioni dell'emisfero destro del cervello.

L'autocontrollo (*biofeedback*) ci dimostra che se consentiamo a noi stessi di funzionare in modo meno conscio, più rilassato, possiamo imparare in una certa misura a controllare la temperatura corporea, il ritmo cardiaco e tutti i tipi di funzioni organiche.

Scopriamo che pazienti affetti da un cancro, quando ricevono programmi di meditazione ed un addestramento immaginativo centrati sul superamento della malattia, sperimentano un numero sorprendente di remissioni. Sono molti e sconosciuti i processi che governano la nostra psiche e possono essere attivati da

questo universo interiore, tutto da esplorare, che risiede nel nostro cervello.

Forse questi fenomeni possono anche non accordarsi con le leggi scientifiche oggi conosciute, ma un fatto è certo: esistono.

Forse siamo all'alba di nuove scoperte sui tipi di ordinamento nel mondo. Sento tuttavia che, alla mia avanzata età, sto imparando molte cose in un settore che è nuovo, e trovo che l'esperienza è degna e stimolante.

Intimità - In questi ultimissimi anni mi sono scoperto disponibile ad una intimità nei rapporti umani molto più grande.

Con questi amici intimi, uomini e donne, posso vivere ogni aspetto di me stesso, fatto di sentimenti gioiosi, dolorosi, angoscianti, folli, insicuri, egoistici, autosvalutanti. Posso partecipare a loro fantasie e sogni.

Non rifuggire, quindi, dai rapporti umani. Un rapporto intimo con una donna, giovane o anziana che sia, può essere veramente stimolante anche se il rapporto è solo platonico, ma psicologicamente intimo e che ha un significato formidabile.

Gioie personali e difficoltà - In questo periodo ho avuto non poche esperienze dolorose e molte altre piacevoli. Ho sempre cercato di guardare e reagire freddamente alle prime e godere il più possibile delle altre.

È questa una forma di difesa dallo stress ed un esercizio di autocontrollo che, inoltre, fornisce a se stessi la misura di quanto i centri inibitori siano ancora validi. Ed è indispensabile tenerli attivi.

È invece necessario introiettarli nel piano della coscienza, "*guardarli in faccia*" senza ingigantimenti o minimizzarli, ma realisticamente.

È facile alla nostra età emozionarsi, piangere addirittura, arrabbiarsi o entusiasmarsi fuori misura. Il controllo di questi eccessi, gioie o difficoltà che siano è uno dei cardini per combattere o prevenire lo stato depressivo e il pericolo della involuzione senile.

Pensieri sulla morte - Penso che nessuno possa sapere se teme o non teme la morte fino a che questa non giunga.

Vi sono teorie ed anche studi sorprendenti su quello che sarà il nostro futuro nell'al di là. Fanno impressione taluni racconti di reincarnazione, di premi o castighi, concezioni secondo cui la coscienza individuale non è altro che un frammento riassorbito nel tutto alla morte dell'universo.

Mi spaventa il pensiero della senilità o di un danneggiamento cerebrale parziale dovuto ad un attacco ischemico. Preferirei morire rapidamente, prima che sia troppo tardi per morire con dignità.

In definitiva considero la morte come un'apertura ad una esperienza reale ed ineluttabile. Sarà quel che sarà e, come dice il grande psicologo Carl Rogers, già citato in precedenza, confido di sapere accettare per quello che sarà, sia come fine sia come continuazione della vita.

Conclusioni - Questo scritto vuole essere per i lettori della mia età e non, un contributo per dimostrare che in ogni stadio della nostra vita sia possibile acquisire, attraverso le possibilità esistenti nel nostro *Io*, quella consapevolezza e pacatezza di fronte agli eventi negativi o positivi della nostra esistenza, che è fonte di risorsa formidabile per vivere adeguatamente qualsiasi stadio della vita umana.

Ama l'anziano

"Lascialo *parlare*, poichè nel suo passato vi sono tante cose vere.
Lascialo *vincere* nelle discussioni, poichè ha bisogno di sentirsi sicuro di sè.
Lascialo *andare* tra i suoi vecchi amici, poichè lì si sente rivivere.
Lasciagli *raccontare* cose già ripetute, poichè egli desidera vedere se per caso ti infastidisce la sua compagnia.
Lascialo *vivere* tra le cose che ha amato, poichè soffre nel sentirsi strappato alla sua propria vita.
Lascialo *gridare* quando non ha ragione, poichè sia lui che i bambini hanno diritto alla comprensione.
Lascialo *invecchiare* con lo stesso paziente amore con cui lasci crescere i tuoi bambini, poichè tutto è parte della natura.
Lascialo *pregare* come desidera, poichè l'anziano è quello che avverte l'ombra di Dio nel cammino che resta da percorrere.
Lascialo *morire* tra braccia pietose, poichè l'amore dei fratelli sulla terra fa intravedere meglio quello del Padre dei Cieli."

Pablo Rama

BIBLIOGRAFIA

- Autori Vari - *Il paziente anziano nella pratica medica* - Karger edizioni - Basilea (CH) - 1990.

- Ban Thomas A. - *Declino cognitivo nell'anziano* - Utet scientifica - Torino - 1991.

- Canestrari R. - *Psicologia generale e dello sviluppo* - Clueb edizioni - Bologna - 1984.

- De Leo D., Magni G. - *Disturbi affettivi nella terza età* - Masson editore - Milano - 1987.

- Di Battista G., Neri G. - *Senescenza: stato o malattia?* - Edizioni Poli industria chimica - Milano - 1991.

- Ferrara - *Carta dei Diritti del Malato.*

- Giaquinto S. - *Il cervello anziano* - Edizioni Sigma Tau - Roma - 1985.

- Kaplan H., Sadock B. - *Psichiatria clinica* - Edizioni Centro Scientifico Internazionale - Milano - 1994.

- Lopez Jordan R. - *Verde sarà il nostro inverno* - Lombardo edizioni - Roma - 1988.

- Messutti G. - *Limiti di età* - Rivista Militare n. 6/94 - pagg. 214-228.

- Rogers C. - *La terapia centrata sul cliente* - Martinelli editore - Firenze - 1985.

- Trabucchi M., Rozzini R. - *Il tempo e la mente* - Bionews edizioni - Milano - 1991.

INDICE

PRESENTAZIONE V

INTRODUZIONE VII

PARTE PRIMA
(Maggiore Generale medico Michele Donvito)

CAPITOLO I
PSICOLOGIA E FISIOLOGIA DELLA TERZA ETÀ 5

CAPITOLO II
IMPARARE AD INVECCHIARE 17

PARTE SECONDA
(Capitano medico Marco Cannavicci,
Ten.Col. farmacista Vincenzo Barretta)

CAPITOLO I
ASPETTI CLINICI DELL'INVECCHIAMENTO 33

CAPITOLO II
IL MEDICO E L'ANZIANO 39

CAPITOLO III
CONSIGLI UTILI PER IL PERSONALE IN CONGEDO 45

PARTE TERZA
(Generale C.A. psicologo Cesare Passeri)

RIFLESSIONI SU ESPERIENZE VISSUTE NELLA TERZA ETÀ 71

BIBLIOGRAFIA 77

FUSA Editrice S.r.l. - Via di Malagrotta, 293 - 00050 Roma
Finito di stampare nel mese di Aprile 1997